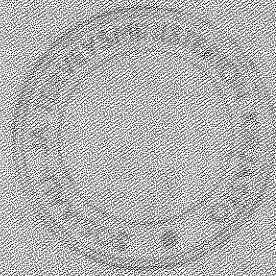


TYÖRYHMÄMUISTIO 1983:38 SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

SOTAINVALIDIEN SAIRASKOTITYÖRYHMÄN MUISTIO



Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 10. päivänä maaliskuuta 1983 työryhmän, jonka tehtäväksi annettiin selvittää

- sotavammaisten pitkäaikaishoitoon tarvittavien alueellisten sairaskotien tarve
- sairaskotien rakentamiskustannusten rahoitusjärjestely ja mahdolliset valtion tukitoimet sekä
- pitkäaikaishoitoon tarvittavien sairaskotien tuleva käyttö.

Työryhmän puheenjohtajaksi kutsuttiin johtaja Keijo Kajas tapaturmavirastosta sekä jäseniksi

nuorempi hallitussihteeri Raimo Salonen, sosiaali- ja terveysministeriöstä
vs. nuorempi hallitussihteeri Mervi Virtanen, sosiaali- ja terveysministeriöstä
tarkastaja Leena Niskanen, sosiaalihallituksesta
asuntosihteerin Soile Toriseva, asuntohallituksesta
osastopäällikkö Kyösti Seppänen, Raha-automaattiyhdistyksestä
ylilääkäri Leo Jarho, Sotainvalidien Veljesliitosta.

Työryhmä otti sihteerikseen osastopäällikkö Simo Hasselin tapaturmavirastosta. Työryhmän muistion kirjoittamistyössä on lisäksi ollut mukana notaari Urpu Husa tapaturmavirastosta.

Työryhmän pysyvänä asiantuntijana on toiminut ylilääkäri Lars Mellin lääkintöhallituksesta.

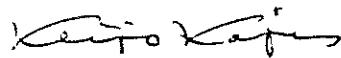
Asiantuntijoina työryhmä on kuullut apulaisosastopäällikkö Pekka Pitsinkiä sosiaali- ja terveysministeriöstä, ylilääkäri Matti Ojalaa sosiaalihan-
nallisuudesta, ylilääkäri Veli-Matti Huittista Käpylän Kuntouttamislaitoksesta ja toimistopäällikkö Esko Pälää työvoimaministeriöstä.

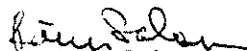
Työryhmä otti nimekseen Sotainvalidien Sairaskotityöryhmä.

Sotainvalidien Sairaskotityöryhmä kokoontui 32 kertaa ja teki tutustumisretken Kyyhkylän Kuntoutussairaalaan ja invalidi- ja sairaskotiin, Suonenjoen Veljeskotiin, Pohjois-Karjalan Sairaskotiin sekä Punkaharjun Kuntoutussairaalaan.

Saatuun tehtävänsä suoritetuksi työryhmä jättää kunnioittavasti Sosiaali- ja terveysministeriölle asiaa koskevan muistion.

Helsingissä joulukuun 31. päivänä 1983.



Keijo Kajas

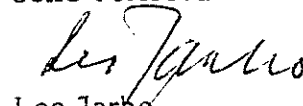

Raimo Salonen

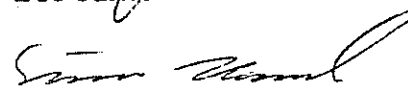

Leena Niskanen


Kyösti Seppänen


Mervi Virtanen


Soile Toriseva


Leo Jarho


Simo Hassel

Toimeksianto		
1.	JOHDANTO	1
1.1.	Yleistä sotilasvammalaista	1
1.2.	Sairaanhoidon sotilasvammalain mukaan	3
1.2.1.	Varsinainen sairaanhoito	3
1.2.2.	Apuneuvot- ja välineet	3
1.2.3.	Asuntoon kuuluvat välineet, laitteet ja asunnon muutostyöt	3
1.2.4.	Terveydentilan seuranta	4
1.2.5.	Kuntoutus	4
1.2.6.	Erityisessä laitoksessa annettu huolto	4
1.3.	Sotilasvammakorvausten maksujärjestelmästä	8
2.	TAUSTATIETOJA SOTAINVALIDEISTA	9
2.1.	Yleistä	9
2.2.	Alueellinen jakautuminen	10
2.3.	Ikä ja siviilisääty	11
2.4.	Lukumäärä ja siinä tapahtuvat muutokset	12
2.4.1.	Sotainvalidien lukumäärä	12
2.4.2.	Vanhusten lukumäärä	18
2.5.	Asumisolosuhteet	21
3.	SOTAINVALIDIEN PITKÄAIKAISHOIDON TARPEET JA NYKYTILA	24
3.1.	Yleistä	24
3.2.	Sotainvalidien lääkinnällinen huolto	26
3.2.1.	Sotavammojen laatu	26
3.2.2.	Sotavammojen erityispiirteet ja pitkäaikaisvaikutukset terveydentilaan	28
3.2.3.	Sotavammojen lääketieteellinen haitta	32
3.3.	Yleistä vanhusten terveydentilasta	33
3.3.1.	Vanhusten sairastavuus	33
3.3.2.	Vanhusten toimintavajavuus	36
3.4.	Sotainvalidien yleinen terveydentila	42
3.5.	Sotainvalidien avuttomuus ja sen tuleva kehitys	45
3.6.	Sotainvalidien laitoshuoltoon vaikuttavien tekijöiden tarkastelua	48
3.7.	Laitoshuoltoa vaativan sotainvalidin tarpeista	50
4.	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PITKÄAIKAISHOITO	54
4.1.	Pitkäaikaissairaiden vanhusten lukumäärä ja laitoksiin jakautuminen vuonna 1978	54
4.2.	Vanhustenhuoltolaitokset ja terveyskeskussairaalat vuonna 1981	56
4.3.	Julkisen terveydenhuollon laitokset	58
4.4.	Vanhustenhuoltolaitokset	60
4.5.	Laitoshuollon tarvetta ehkäiseviä yleisiä tekijöitä	62
4.6.	Laitoshuollon tarvetta ehkäiseviä sotilasvammalain mukaisia tekijöitä	64
5.	SOTAINVALIDEILLE TARKOITETUT LAITOKSET JA NIIDEN KEHITTÄMIS-SUUNNITELMAT	68
5.1.	Sotainvalidien Veljesliiton laitokset ja Pohjois-Karjalan Sairaskoti	68
5.2.	Muita sotilasvammalain mukaiseen laitoshuoltoon hyväksytyjä laitoksia	69
5.3.	Käytettävissä olevat laitoshuoltopaikat vuonna 1983	70
5.4.	Suunnitteilla olevat laitokset	70

6.	SOTAINVALIDIEN LAITOSHUOLLON RATKAISUVAIHTOEHDOT	74
6.1.	Sotainvalidien laitoshuollon erityistarpeet	74
6.2.	Julkisen terveydenhuollon laitokset	74
6.3.	Avohoito	75
6.4.	Vanhustenhuoltolaitokset	76
6.5.	Sairaskodit	76
6.6.	Osa-aikainen laitoshuolto	77
7.	SAIRASKOTIEN RAKENTAMISKUSTANNUSTEN RAHOITUSMAHDOLLISUUDET	79
7.1.	Perustamiskustannusten rahoitus	79
7.1.1.	Valtion suora rahoitus	79
7.1.2.	Raha-automaattivastukset	79
7.1.3.	Kuntien rahoitus	80
7.1.4.	Työllisyysmäärärahat	80
7.1.5.	Asuntolainarahoitus	81
7.1.6.	Yksityinen rahoitus	82
7.1.6.1.	Rahoituslaitokset	82
7.1.6.2.	Muu rahoitus	82
7.1.7.	Suunnitteilla olevien laitosten rahoitus	82
7.2.	Käyttökustannusten korvaaminen	83
7.2.1.	Sotilasvammakorvaukset	83
7.3.	Rahoitusvaihtoehtojen vertailu	84
8.	PITKÄAIKAISSAIRAANHOITON TARVITTAVIEN SAIRASKOTIEN TULEVA KÄYTTÖ	86
9.	TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET	87
9.1.	Ehdotukset alueellisten sairaskotipaikkojen määrästä	88
9.2.	Ehdotukset sairaskotien rakentamiskustannusten rahoitusjärjestelyiksi	89
9.3.	Ehdotukset sairaskotien tulevasta käytöstä	93
9.4.	Sairaskotien rakentamisen ja toiminnan järjestely	93
10.	TIIVISTELMÄ	100
	Kirjallisuusluettelo	104
	Liite 1	107
	Liite 2	108
	Liite 3	109

1. JOHDANTO

1.1. Yleistä sotilasvammalaista

Sotilasvammalain (404/48) nojalla myönnetään valtion varoista korvausta sotatai asevelvollisuuspalveluksesta tai niihin rinnastettavista olosuhteista aiheutuneen ruumiinvamman, sairauden, kuoleman tai katoamisen perusteella.

Sairaanhoidtona korvataan

- vamman tai sairauden aiheuttamat hoito-, apuneuvo- ja apuvälinekulut
- yleinen terveydentilan tarkastus kerran kahdessa vuodessa sekä tarvittaessa erikoistutkimus
- kuntoutus ja laitoshuolto, jotka voivat tulla kyseeseen muunkin kuin korvattun vamman tai sairauden vuoksi, jos sotilasvammalain mukainen työkyvyttömyysaste on vähintään 30 %
- asuntoon kuuluvat välineet ja laitteet sekä asunnon muutostyöt, jotka ovat korvattun vamman tai sairauden vuoksi välttämättömiä.

Päiväraha suoritetaan välittömästi palveluksesta vapautumisen jälkeen enintään vuoden ajalta vahingoittumis- tai sairastumispäivästä lukien.

Elinkorko myönnetään aikaisintaan siitä alkaen, kun päivärahan maksaminen on päättynyt. Edellytyksenä on, että korvattava vamma tai sairaus aiheuttaa vähintään 10 %:n suuruisen vakuutuslääketieteellisesti arvioitavan työkyvyttömyysasteen. Elinkoron suuruus riippuu paitsi työkyvyttömyysasteesta myös elinkoron saajan iästä (elinkorko on 8 % suurempi 56-65 -vuotiaille kuin muunikäisille.)

Pysyvä elinkorko tai osa siitä voidaan tietyin edellytyksin suorittaa kertakaikkisena eli pääomana.

Päiväraha ja elinkorko maksetaan korotettuna sille, jolla on vaimo tai alle 17-vuotiaita lapsia. Hakemuksesta korotus voidaan myöntää laissa mainituissa tapauksissa 17 vuotta täyttäneenkin lapsen opiskelun takia kuitenkin enintään 24 vuoden ikään saakka.

Omaiskorotus voidaan myöntää poikkeuksellisesti myös eräiden muiden omaisten elättämisen perusteella.

Omaiskorotus on ensimmäisen huollettavan osalta 30 % ja jokaisen seuraavan osalta 20 % päivärahan tai elinkoron määrästä.

Päivärahaan tai elinkorkoon voidaan myöntää lisäyosana

- avuttomuus- ja haittalisä avuttomuuden tai poikkeuksellisten haittojen perusteella
- vaatelisä proteesin tai apuneuvon aiheuttaman vaatteiden erityisen kulumisen vuoksi
- moottoriajoneuvolisä vaikeasti liikuntavammaisen moottoriajoneuvon huoltoon
- opaskoiralisä sokealle ja
- sairausapulisä vähintään 20 %:n invalidille hänen omien tai perheenjäsenten toimeentuloa vaikeuttavien sairauskulujen perusteella
- ns. korotettu sairausapulisä vaikeavammaiselle.

Täydennyskorko voidaan myöntää toimeentulon turvaksi vähintään 20 %:n invalidille, jos hän on vailla tuloja tai jos hänen tulonsa alittavat laissa määrätyn tason.

Kuoleman tai katoamisen johdosta voidaan korvauksena suorittaa omaisille hautausapua, huoltoeläkettä, lisähuoltoeläkettä ja kertakaikkista korvausta.

Sotilasvammalain mukaiset korvaukset on sidottu työntekijäin eläkelain indeksiin.

Sotilasvammakorvaus on kaikilta osilta verovapaata.

Sotilasvammakorvauksia on pääsääntöisesti haettava.

Sotilasvammalain mukaisen korvaustoimen hoitaa tapaturmavirasto, jonka sotilasvamma-asiassa antamista päätöksistä voi valittaa vakuutusoikeuteen. Vakuutusoikeudesta voidaan valittaa Korkeimpaan oikeuteen vain, mikäli on kysymys oikeudesta korvaukseen.

1.2. Sairaanhoidon sotilasvammalain mukaan

1.2.1. Varsinainen sairaanhoito

Varsinaisena sairaanhoitona korvataan

- lääkärinhoito, tai kun sitä ei ole saatavissa, koulutetun sairaanhoitajan antama tai muu tarpeellinen hoito, ja
- tarvittavat lääkkeet sekä puhdistus- ja sidostarvikkeet.

Sairaanhoidon korvattavuuden edellytyksenä on, että hoito on ollut tarpeen nimienomaan korvatun vamman tai sairauden tai sen korvatun seurauksen tai liittynäisen takia.

Sotilasvammalain mukainen sairaanhoito on toteutettava tarpeettomia kustannuksia välttämättä vahingoittuneen tai sairastuneen tilaa kuitenkaan vaarantamatta. Tämä merkitsee käytännössä sitä, että kustannusten on oltava kohtuullisia. Jos kustannuksia aiheuttavia tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä on suoritettu korvatun vamman tai sairauden hoidon kannalta aiheuttomasti tai niitä on uusittu tarpeettoman usein taikka jos sairaalahoito on toteutettu sellaisessa sairaalassa tai sellaisella sairaansijalla, jossa hoitomaksu ylittää sen, mitä yleisen sairaalan alimmassa maksuluokassa annettua hoidosta peritään, korvataan kustannuksista yleensä vain se osa, minkä katsotaan vastaavan tarpeellisesta hoidosta välittömästi aiheutuvia maksuja.

1.2.2. Apuneuvot ja -välineet

Korvattujen vammojen tai sairauksien takia tarpeellisena apuneuvohuoltona korvataan

- tarpeellisten proteesien, tukisidosten, tukilaitteiden, pyörätuolien, kuulolaitteiden, silmäproteesien, silmälasien sekä muiden tarpeellisten, yksilöllisesti sovitettavien apuneuvojen antaminen invalideille joko omaksi tai käytettäväksi
- apuneuvojen korjaaminen, uusiminen ja niiden käytön opettaminen sekä
- opaskoiran antaminen sokean käytettäväksi

Sotilasvammalain nojalla voidaan korvata myös erilaisia apuvälineitä, joita ei soviteta yksilöllisesti. Näiden piiri on ollut periaatteessa sama kuin invalidihuoltolaissa on säädetty.

1.2.3. Asuntoon kuuluvat välineet, laitteet ja asunnon muutostyöt

Asuntoon kuuluva väline, laite tai asunnon muutostyö voidaan korvata, jos se on korvatun vamman tai sairauden vuoksi välttämätön. Jotta näin voitaisiin

katsoa olevan edellytetään yleensä vaikea-asteista korvattua invaliditeettia. Korvauskäytännössä on noudatettu soveltuvin osin invalidihuoltolain periaatteita.

1.2.4. Terveystilan seuranta

Sotilasvammalailla järjestettyyn sairausturvaan kuuluu myös vammaisen tai sairastuneen terveystilan seuranta tapauksissa, joissa korvattu invaliditeetti on vähintään 10 %. Tällaisena terveystilan seurantana korvataan

- yleisen terveystilan tarkastus määräajoin (yleensä kerran kahdessa vuodessa tapahtuvana lääkärintarkastuksena) ja
- lääkärin suorittama erikoistutkimus silloin kun sen suorittamiseen ilmenee erityistä syytä.

1.2.5. Kuntoutus

Sotilasvammalain mukaisena kuntouttamisena korvataan sellainen harjoitus ja hoito, joka on tarpeen vahingoittuneen tai sairastuneen työ- tai toimintakyvyn säilyttämiseksi tai alentuneen työ- tai toimintakyvyn palauttamiseksi. Tämä sotilasvammalain tarkoittama kuntoutus on ns. lääkinnällistä kuntouttamista. Ammatillista kuntouttamista ei sotilasvammalain nojalla voida korvata. Kuntoutusta voidaan antaa ns. avokuntoutuksena kuten esimerkiksi fysikaalisena hoitona paikallisessa fysikaalisessa hoitolaitoksessa taikka sitten laituskuntoutuksena jossakin kuntoutuslaitoksessa.

Laituskuntoutus korvataan yleensä enintään neljän viikon ajalta vuodessa. Laituskuntoutuksen ajalta elinkorko maksetaan täysimääräisenä eli 100 %:n mukaan todellisesta työkyvyttömyysasteesta riippumatta. Kuntoutuslaitoksen tulee olla lääkintöhallituksen hyväksymä.

Valtion tulo- ja menoarvioon otetulla määrärahalla (33.22.56) on voitu myös kuntouttaa jonkin verran vaikeavammaisten sotainvalidien aviopuolisoita.

1.2.6. Erityisessä laitoksessa annettu hoito

Sotilasvammalain mukaisen laitoshuollon käsite ja sisältö on jäänyt yksityiskohtaisemmin määrittelemättä. Lainvalmistelutöissäkään ei ole riittävän perusteellisesti selvitetty, mitä tähän käsitteeseen sisältyy. Lisäksi on otettava huomioon, että olosuhteet, joiden vallitessa laitoshuollosta säädettiin, ovat melkoisesti muuttuneet. Ovathan sotainvalidit esimerkiksi vuosien kuluessa

merkittävästi ikääntyneet. Laitoksiakin oli aluksi vain pari ja nämäkin huomattavasti toisentasoisia kuin nykyään.

Sotilasvammalain mukaan korvataan sen mukaan kuin asetuksella tarkemmin säädetään sairaanhoitona erityisessä laitoksessa annettu huolto. Laitoshuolto on siis osa sotilasvammalain mukaista sairaanhoitoa. Lienee paikallaan tarkastella laitoshuollon sisältöä myös historiallisen kehityksen valossa. Vuonna 1948 annettuun sotilasvammalakiin (404/48) otettiin ensi kertaa säännökset laitoshuollosta. Laitoshuolto korvattiin sairaanhoitona ja sen edellytyksenä oli vahingoittuneen tai sairastuneen avuton tila. Tältä erityisessä laitoksessa annetulta huollolta edellytettiin myös pysyvyyttä.

Vuonna 1960 sotilasvammalain muutoksella (481/60) laajennettiin myös laitoshuoltoon oikeutettujen piiriä. Vahingoittuneen tai sairastuneen sotilasvammalain mukaisen työkyvyttömyysasteen tuli olla vähintään 50 %. Erityisessä laitoksessa annettu huolto voitiin korvata sotainvalidille myös, jos hän oli joutunut muunkin kuin sotilasvammalain mukaan korvatun ruumiinvamman tai sairauden johdosta laitoshuollon tarpeeseen.

Seuraavana vuonna eli 1961 annettiin asetus sotilasvammalain 6 §:n 3 momentissa säädetyn sairaanhoidon korvaamisesta (76/61) eli ns. kuntouttamisasetus, jossa säädettiin laitoshuollostakin tarkemmin. Asetuksen mukaan oli erityisessä laitoksessa annetun huollon korvaamisen edellytyksenä, että vahingoittuneen tai sairastuneen huoltamista kotona ei vamman tai sairauden aiheuttaman terveydentilan pitkällisen heikentymisen takia voitu pitää kohtuullisena.

Seuraavan kerran sotilasvammalakia muutettiin laitoshuoltoa koskevalta osalta vuonna 1965 (622/65). Tällöin edellä kerrottu sotilasvammalain mukaisen työkyvyttömyysasteen vähimmäisraja, joka vaadittiin ns. siviilivammojen huomioonottamiseksi laitoshuollon tarvetta määriteltäessä, pudotettiin 30 %:iin.

Kuntouttamisasetusta muutettiin (644/65) myös tämän johdosta samana vuonna laskemalla työkyvyttömyysasteen alaraja 30 %:iin. Kuntouttamisasetusta on tämän jälkeenkin muutettu, jolloin laitoshuoltoa koskevia säädöksiä ei ole kuitenkaan olennaisesti muutettu.

Mikä on sitten tällainen erityinen laitos? Kun laitoshuoltoa koskevat säännökset ovat sotilasvammalaissa ja sen nojalla annetussa ns. kuntouttamisasetuk-

nessa, lienee pidettävä selvänä, että tarkoitetaan sotilasvammakorvausta saavia varten hyväksytyä tai perustettua erityistä laitosta tai sen osaa. Näin ollen esimerkiksi vanhainkoteja ei yleisesti ottaen voitane katsoa tällaisiksi laitoksiksi. Niinikään terveyskeskuksia tai yleisiä sairaaloita ei voitane pitää tällaisina erityisinä laitoksina.

Vaikka jokin erityinen laitos olisikin perustettu sotavammaisia varten, ei siellä annettua huoltoa voida pelkästään sanotulla perusteella korvata sotilasvammalain nojalla. Edellytyksenä on lisäksi, että lääkintöhallitus on hyväksynyt tämän laitoksen mainittuun erityistarkoitukseen.

Sotilasvammalain ei ole sairaskoti-käsitettä. Niin kuin aikaisemmin jo mainittiin, korvataan erityisessä laitoksessa annettu huolto, milloin vahingoittuneen tai sairastuneen huoltamista kotona ei vammasta tai sairauden aiheuttaman terveydentilan pitkällisen heikkenemisen takia voida pitää kohtuullisena. Laitokselta lienee edellytettävä tämän säännöksen perusteella melko pitkälle meneviä sairaanhoidollisia valmiuksia. Käytännössä on vähimmäisvaatimuksena ollut sairaskotityyppinen laitos, jolla on riittävät valmiudet niin henkilöstöön kuin ulkonaisiin puitteisiin nähden vaikeavammaisten hoitamiseen. Perustyyppinä voitaisiin pitää yksityisistä sairaanhoitolaitoksista annetussa laissa tarkoitettua sairaskotia, joka on saanut asianmukaisen perustamis- ja avaamisluvan ja jonka lääkintöhallitus on hyväksynyt sotilasvammalain mukaiseen laitoshuoltoon käytettäväksi.

Vahingoittuneen tai sairastuneen itsensä osalta edellytyksenä laitoshuoltoon pääsyyllä on ensiksikin se, että hän saa sotilasvammalain mukaista (päivärahaa tai) elinkorkoa taikka myös, milloin hän on vaihtanut elinkorkonsa sitä vastaavaksi pääomaksi. Laitoshuoltoon hakeutuvan ikä ja varallisuus eivät periaatteessa vaikuta hänen oikeuteensa päästä laitoshuoltoon. Vahingoittuneelle tai sairastuneelle, jonka sotilasvammalain mukainen työkyvyttömyysaste on vähintään 30 %, korvataan laitoshuolto myös milloin sen tarve johtuu muustakin kuin korvatusta vammasta. Teoriassa voitaisiin laitoshuolto korvattujen vammojen tai sairauksien vuoksi korvata myös alle 30 prosenttisille, mutta kun vammojen tai sairauksien tulee aiheuttaa terveydentilan pitkällinen heikentyminen, eivät tällaiset tapaukset yleensä tule käytännössä kysymykseen. Laitoshuollon korvattavuutta arvosteltaessa on ensiksi ratkaistava, onko terveydentilan pitkällinen heikentyminen todettavissa vai ei, ja vasta tämän jälkeen tulevat kysymykseen esimerkiksi mahdollisena vaa'an kielenä korvattavuutta ratkaistaessa sosiaaliset näkökohdat. Lainsäätäjä on näistä käyttänyt

sanontaa "jonka huoltamista kotona...ei voida pitää kohtuullisena". Vammaista tulee hoitaa vielä kotona, vaikka hän olisikin osittain huollettava ts. omatoimisuuden asteen pitänee olla huomattavasti alentunut ennenkuin hänet voidaan hyväksyä laitoshuoltoon. Mitkä ovat lainsäätäjän tarkoittamat kohtuusnäkökohdat on kussakin tapauksessa arvosteltava erikseen. Asiaan vaikuttavina seikkoina mainittakoon mahdollisen aviopuolison tai muun omaisen tai huolenpitäjän ikä ja kunto, asunto-olosuhteet kuten asunnon sijaintipaikka, sen etäisyys lääkinnällisen tai muun avun antajaan, asunnon kunto, sen lämmitys-mahdollisuudet, henkilökohtaisen hygienian hoitomahdollisuudet jne. Laitoshuollon tarkoituksena ei ole puutteellisten asunto-olojen korjaaminen. Laitoshuolto pitänee sairaalahoidon ohella nähdä lähes viimeisenä mahdollisuutena elämän loppupuolella selviytymiseen, kun muut keinot eivät enää auta kuten esimerkiksi laituskuntoutus ja monenlaiset avohoitotoimenpiteet.

Laitoshuollon korvaamista tulee hakea kirjallisesti etukäteen tapaturmavirastolta, joka hankittuaan mahdollisesti vielä lisäselvitystä, antaa asiassa tätä laitoshuoltoa koskevan maksusitoumuksen. Laitoshuollon korvaaminen voidaan lopettaa, jos invalidi jättää noudattamatta laitoksen johtajan tai lääkärin antamia laitoshuoltoa koskevia määräyksiä. Huollon ajalta suoritetaan sotilasvammalain mukainen elinkorko täysimääräisenä eli 100 %:n työkyvyttömyysasteen mukaisena. Laitoshuollosta johtuvat matkakustannukset korvataan samoin kuin sotilasvammalain nojalla korvattavasta muustakin sairaanhoidosta aiheutuneet matkakustannukset.

Laitoshuollosta tulee käsitteellisesti erottaa pitkäaikaissairaanhoito, joka voi jatkua sotavammaisen kohdalla hyvinkin pitkään. Tällöin on kuitenkin huomattava, että pitkäaikaissairaanhoito voidaan korvata vain sotilasvammalain nojalla korvattujen vammojen tai sairauksien perusteella eikä ns. siviilivammojen perusteella. Toisaalta korvattavaa pitkäaikaishoitoa voidaan antaa periaatteessa missä tahansa sairaanhoitolaitoksessa (toisin kuin laitoshuoltoa).

Laitoshuoltoa koskevassa korvaustoiminnassa on merkittävänä ongelmana ollut aviopuolison asema silloin, kun sotavammaisen on tullut siihen kuntoon, ettei häntä voida enää huoltaa kotona. Viimeaikaisissa suunnitelmissa onkin aviopuolison mukaanottaminen laitokseen tullut esille. Ongelman ydin lienee kuitenkin siinä, kuka maksaa kustannukset. Tapaturmavirasto ei voi sitä tehdä, ellei vaimo ole siihen sotilasvammalain mukaan oikeutettu. Tosin sotainvalideille maksetaan laitoshuollon ajalta elinkorko 100 %:n työkyvyttömyysasteen mukaisena. Tätä ei kuitenkaan laitoshuollon samoin kuin vastaavasti laituskuntou-

tuksen osalta voitane enää nykyään pitää tarkoituksenmukaisena. Invalidi, jonka sotilasvammalain mukainen työkyvyttömyysaste on 100 % ei saa laitoshuollon tai -kuntoutuksen ajalta lisää korvausta kun taas esimerkiksi 30 %:n työkyvyttömyysasteen omaava yksinäinen invalidi voi saada lisää noin 1 400 markkaa kuukaudessa. Laitoshuollossa olevan osalta voi tilanne olla lisäksi sellainen, ettei hän terveydentilansa vuoksi pysty lainkaan käyttämään hyväkseen saamaansa lisäsummaa.

1.3. Sotilasvammakorvausten maksujärjestelmästä

Sotilasvammakorvaus suoritetaan pääsääntöisesti vammautuneelle itselleen. Käytännön syistä ei kuitenkaan kaikkia korvauksia makseta suoraan invalidille. Korvattavat sairaanhoitokulut maksetaan, jollei invalidi itse ole jo niitä suorittanut, suoraan apteekille, sairaalalle tai vastaavalle. Samoin maksusitoumuksen saaneen sotainvalidin puolesta maksetaan korvaus pääsääntöisesti suoraan palveluksen tai lääkinnällisen tuotteen toimittajalle kuten apteekille tai sairaanhoitolaitokselle.

Sotilasvammalain mukaiset korvaukset maksetaan valtion tulo- ja menoarvion momenteilta 33.22.50 ja 33.22.55.

Momentilta 33.22.50 Sotilasvammakorvaukset maksetaan pääosa sotilasvammakorvauksista mukaanlukien mm. sairaaloissa ja yksityisissä kylpylöissä tai vastaavissa maksusitoumuksen saaneelle vammautuneelle myönnetty kuntoutus- tai sairaalahoido. Hoito maksetaan jälkikäteen hoitopäivämaksun mukaisesti suoraan palvelusten tuottajalle.

Momentilta 33.22.55 Valtion korvaus sotainvalidien kuntoutus- ja hoitolaitosten käyttökustannuksiin maksetaan valtion korvauksena Sotainvalidien Veljesliiton laitosten ja Pohjois-Karjalan Sairaskodin käyttötalousmenot kokonaisuudessaan. Laitosten talousarvioehdotusten ja muiden selvitysten perusteella hyväksytään laitoksille kalenterivuositain talousarviot. Talousarvioiden perusteella maksetaan kuukausittain hoitokorvauksennakot, jotka otetaan huomioon lopullisia käyttökustannuksia määrättäessä laitosten tilinpäätösten valmistuttua. Näidenkin laitosten toiminta perustuu pääsääntöisesti vammautuneille henkilökohtaisesti myönnettyihin maksusitoumuksiin.

2. TAUSTATIETOJA SOTAINVALIDEISTA

2.1. Yleistä

Seuraavassa esitetään eräitä taustatietoja sotainvalideista (sotavammaisista): alueellista jakautumista, ikää ja siviilisäätyä, lukumäärää ja siinä tapahtuneita ja tapahtuvia muutoksia sekä asumisolosuhteita. Tässä muistiossa sotainvalidi- ja sotavammainen -käsitteitä käytetään rinnakkain.

Sotainvalideja käsitteleviä tutkimuksia on olemassa melko vähän. Tässä esitetyt tiedot perustuvat pääosaltaan tapaturmaviraston tilastotietoihin invalidien ikä- ja korvausjakaumista.

Taustatiedoissa on lisäksi käytetty sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1979 ilmestyneessä erityisryhmätutkimuksen osassa "Sotavammaiset" esitettyjä sotavammaisten elinolosuhteita koskevia tilastotietoja. Tiedot perustuvat lähinnä vuodenvaihteessa 1975-1976 suoritettuun asunto- ja elinkeinotutkimukseen. Sotavammaisilla tarkoitettiin tässä yhteydessä sotilasvammalain mukaista korvausta saaneita henkilöitä. Valtaosa heistä oli vammautunut sotatoimissa vuosina 1939-1945. Aineistoon kuului yhteensä 45 144 henkilöä, joista naisia oli 477 henkeä.

Myös Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia -sarjassa vuonna 1982 ilmestynyttä väitöskirjatutkimusta "Suomalainen veteraani" (Hännikäinen, 1982) on käytetty tietolähteenä taustatietoja esitettäessä. Tutkimus käsittelee sotavammaisten ja muiden viime sotien veteraanien elinolojen ja niistä riippuvan huollon tarpeen selvittämistä. Tutkimuksessa käytetty haastatteluaineisto on vuodelta 1975.

Lisäksi Kuopion ja Mikkelin lääninhallitukset ovat Sotainvalidien Veljesliiton Pohjois-Savon ja Suur-Savon piirien aloitteesta suorittaneet sotavammaisten elinolosuhteita alueillaan selvittäneet tutkimukset, jotka on julkaistu vuonna 1982. Kymen läänin alueelta vastaavanlainen tutkimus on valmistunut joulukuussa 1983.

Edellä mainitut lääninhallitusten tutkimukset edustavat ainoastaan osaa sotavammaisia. Tutkimustuloksia ei näiltä osin voida varauksetta yleistää sotavammaisiin yleensä. Tutkimusten antamat tiedot valottavat kuitenkin osaltaan sotavammaisten keskuudessa tällä hetkellä vallitsevia olosuhteita. Tästä syystä on katsottu tarpeelliseksi esittää tässä eräitä sotavammaisia koskevia tietoja myös näistä tutkimuksista.

Tässä yhteydessä on vielä korostettava, että sotavammaisista ja heidän olosuhteistaan on ollut varsin vaikeata saada ajan tasalla olevaa tietoa. Suuri osa sotavammaisia koskevista tutkimuksista on lääketieteellisiä, jolloin ne keskittyvät ainoastaan yhteen vamma- tai sairausryhmään tai sen osaan. Sotavammaisia käsitteleviä yhteiskuntatieteellisesti suuntautuneita tutkimuksia sen sijaan on melko vähän.

2.2. Alueellinen jakautuminen

Sotilasvammalain mukaista korvausta saaneita henkilöitä oli vuonna 1983 yhteensä lähes 46 000 henkeä (TTV, invalidien ikä- ja korvausjakaumat, huhtikuu 1983). Eniten korvausta saaneita henkilöitä asui Uudellamaalla (16 %) ja Hämeen läänissä (14 %) ja vähiten Ahvenanmaan maakuntaa lukuunottamatta Lapin ja Pohjois-Karjalan lääneissä, kummassakin noin 5 % kaikista sotilasvammalain mukaista korvausta saaneista henkilöistä vuonna 1983 (taulukko 1).

Taulukko 1. Sotilasvammalain mukaista elinkorkoa saaneiden henkilöiden lukumäärä lääneittäin vuonna 1983 ¹⁾

Lääni	luku	%
Uudenmaan	7 239	15,8
Turun ja Porin	6 016	13,2
Ahvenanmaa	16	0,0
Hämeen	6 449	14,1
Kymen	3 054	6,7
Mikkelin	2 479	5,4
Pohjois-Karjalan	2 225	4,9
Kuopion	2 956	6,5
Keski-Suomen	2 534	5,5
Vaasan	4 891	10,7
Oulun	4 369	9,6
Lapin	2 079	4,5
Ilman lääninä	778	1,7
Ulkomailla	654	1,4
Koko maa	45 739	100,0

1) tilanne huhtikuussa

Tapaturmaviraston suorittamista invalidien ikä- ja korvausjakaumista ei käy selville kaupungeissa ja muissa kunnissa asuvien sotainvalidien osuus.

Sosiaali- ja terveysministeriön suorittaman tutkimuksen mukaan sotavammaisista vuoden 1975 lopussa vajaa puolet (47 %) asui kaupungeissa ja runsas puolet (53 %) muissa kunnissa. Sotilasvammakorvausta saaneista naisista sen

sijaan noin 2/3 asui kaupungeissa. Samana ajankohtana maamme koko väestöstä enemmistö (lähes 59 %) asui kaupungeissa. Maaseudulla asuvien osuus sotavammaisista oli näin ollen siis selvästi suurempi kuin koko väestöstä. Samansuuntaiset tulokset saatiin myös Kuopion läänin alueella vuonna 1982 suoritetussa sotavammaisia käsittelevässä tutkimusprojektissa, missä kaupungeissa asuvien sotavammaisten osuus oli noin 38 % läänin koko väestön kaupungeissa asuvien vastaavan osuuden ollessa lähes 52 %. Mikkelin läänissä samoin yli puolet piirin sotavammaisista asui maaseudulla. Kymen läänin alueelta ei vastaavaa tietoa ollut käytettävissä.

2.3. Ikä ja siviilisäätty

Vuonna 1983 täytti viimeinen kokonaisuudessaan sotaan osallistunut ikäluokka, vuonna 1925 syntyneet, 58 vuotta. Noin 87 % kaikista sotilasvammalain mukaisista jatkuvaa korvausta saaneista henkilöistä oli vuonna 1983 60-vuotiaita tai sitä vanhempia yli 57-vuotiaiden osuuden ollessa jo runsaat 94 % (taulukko 2).

Taulukko 2. Sotilasvammalain mukaista elinkorkoa saaneet henkilöt ikäryhmän mukaan vuosina 1981 ja 1983

Ikä, vuotta	1981 ¹⁾		Ikä, vuotta	1983 ¹⁾	
	luku	%		luku	%
- 55	2 434	5,4	- 57	2 574	5,6
56 - 59	9 095	20,1	58 - 59	3 595	7,9
60 - 64	13 858	30,7	60 - 64	15 040	32,9
65 - 69	10 619	23,5	65 - 69	12 219	26,7
70 - 74	6 095	13,5	70 - 74	7 909	17,3
75 - 79	2 335	5,2	75 - 79	3 293	7,2
80 - 84	581	1,3	80 - 84	906	2,0
85 - 89	126	0,3	85 - 89	183	0,4
90 -	14	0,0	90 -	20	0,0
Yhteensä	45 157	100,0	Yhteensä	45 739	100,0
Yli 55-vuotiaiden lkm keski-ikä, vuotta	42 723 64,8	(94,6 %)	Yli 57-vuotiaiden lkm keski-ikä, vuotta	43 165 66,5	(94,4 %)

1) tilanne huhtikuussa

Kaikista sotilasvammalain mukaista korvausta saaneista henkilöistä oli koko maassa avioliitossa 78 % vuonna 1981 (taulukko 3).

Taulukko 3. Sotilasvammalain mukaista korvausta saaneet henkilöt siviilisäädyn mukaan vuonna 1981¹⁾

Siviilisääty	luku	%
Naimisissa	35 380	78,3
Muut	9 777	21,7
Yhteensä	45 157	100,0

1) tilanne huhtikuussa

Samana ajankohtana avioliitossa olevia yli 55 -vuotiaita korvauksensaajia oli 79 % kaikista yli 55 -vuotiaista sotilasvammalain mukaista korvausta saaneista henkilöistä (TTV, invalidien ikä- ja korvausjakaumat, huhtikuu 1981). Eniten avioliitossa olevia sotainvalideja oli Uudellamaalla sekä Turun ja Porin ja Hämeen lääneissä ja vähiten Ahvenanmaan maakuntaa lukuunottamatta Lapin läänissä.

Sotavammaiset ovat myös puolisoitaan jonkin verran vanhempia. Vuonna 1980 sotainvalidien keski-ikä tapaturmaviraston tilaston (tieto helmikuun tilanteen mukaisesti) mukaan oli 64 vuotta ja vaimojen keski-ikä 60,4 vuotta.

2.4. Lukumäärä ja siinä tapahtuvat muutokset

2.4.1. Sotainvalidien lukumäärä

Suomen puolustusvoimissa toisen maailmansodan aikana vuosina 1939-1945 sotatoimiin osallistui noin 675 000 miestä. Näistä talvisodan (30.11.1939-13.3.1940), jatkosodan (25.6.1941-19.9.1944) ja Lapin sodan (15.9.1944-25.4.1945) aikana haavoittui ja sairastui yhteensä noin 200 000 henkilöä. Tähän lukuun sisältyvät kaikki ne tapaukset, joissa haavoittunut tai sairastunut oli joutunut hoitoon joukkosidontapaikkaa taaempana olleeseen kohteeseen.

Kaatuneita oli kaikkiaan noin 85 000 henkilöä. Lukuun sisältyvät kaatuneiksi ilmoitettujen lisäksi kadonneina myöhemmin kuolleiksi julistetut sekä sodassa muutoin, esimerkiksi tautien, tapaturmien, tappojen tms. takia kuolleet. Sotiin osallistuneista näin lähes puolet (42 %) sai jonkinasteisen (joko lievemmän tai vakavamman) terveydellisen haitan.

Pysyvän vamman saaneiden lukumääräksi on aikaisemmin arvioitu noin 70 000 henkilöä. Todellisuudessa luku on kuitenkin arvioitua selvästi suurempi. Jatkuvasti sodanjälkeisinä vuosina on ensimmäistä kertaa tutkimuksiin hakeutunut noin 1 000 - 1 500 sodan aikana vammautunutta tai sairastunutta henkilöä vuodessa. Vastaavansuuruinen ilmiö tulee todennäköisesti jatkumaan myös lähivuosina. Sotainvalidien Veljesliiton tehostettu tiedustelutoiminta (haravointi) on esimerkiksi kolmen viime vuoden aikana tuottanut noin 8 000 - 9 000 uutta vireillepanohakemusta tapaturmavirastoon. Haravoinnilla pyritään löytämään ne henkilöt, jotka eivät aikaisemmin ole saaneet korvausta sodassa saadusta vammasta tai sairaudesta. Uusien vireillepanohakemusten lisääntymistä lähivuosina puoltaa lisäksi se, että esimerkiksi Hännikäisen suomalaista veteraania käsittelevän tutkimusaineiston vertailuryhmän veteraaneista 22 % ilmoitti saaneensa sodassa jonkin pysyvän vamman tai sairauden. Tämän lisäksi 8 % sotavammaisista oli tehnyt ensimmäisen korvausanomuksensa vasta vuosina 1965-1973 (Hännikäinen, 1982).

Vuonna 1981 oli pysyvän vamman saaneita sotainvalideja noin 43 000 henkilöä. Kaikkiaan sotilasvammalain mukaista korvausta saaneita henkilöitä oli samana ajankohtana yhteensä yli 45 000 henkeä. Huhtikuussa 1983 vastaava lukumäärä oli jonkin verran edellisen vuoden lukumäärää korkeampi eli lähes 46 000 henkilöä (taulukko 2).

Sotainvalidien kokonaislukumäärän ennustettu kehitys ilmenee taulukosta 4. Taulukon ennusteen on laatinut tapaturmavirasto tammikuun 1983 tilanteen mukaisesti. Nuorin yhtenäinen ikäluokka, joka oli mukana sodassa on vuonna 1925 syntyneet ja vanhin vuonna 1896 syntyneet. Sotainvalidien lukumäärän arvioidaan puoliintuvan vuoteen 1995 mennessä ja vuonna 2010 nuorimmatkin ovat ylittäneet 85 ikävuoden rajan. Vuonna 1990 kaikki sotavammaiset ovat saavuttaneet tilastollisen vanhuusikärajan, 65 vuotta.

Taulukosta 5 sekä kuvioista 1 ja 2 voidaan todeta mm., että 1990-luvulla yli 75-vuotiaiden määrä olisi 11 700 - 12 900 ja näistä vähintään 30 %:n työkyvyttömyysasteen omaavia sotainvalideja olisi 5 800 - 6 300, viimeksi mainittu arvio on vuosikymmenen lopulta. Yli 85 -vuotiaiden vastaavat määrät olisivat 1 100 - 1 700 ja näistä vähintään 30 %:n työkyvyttömyysasteen omaavia invalideja olisi 500 - 900.

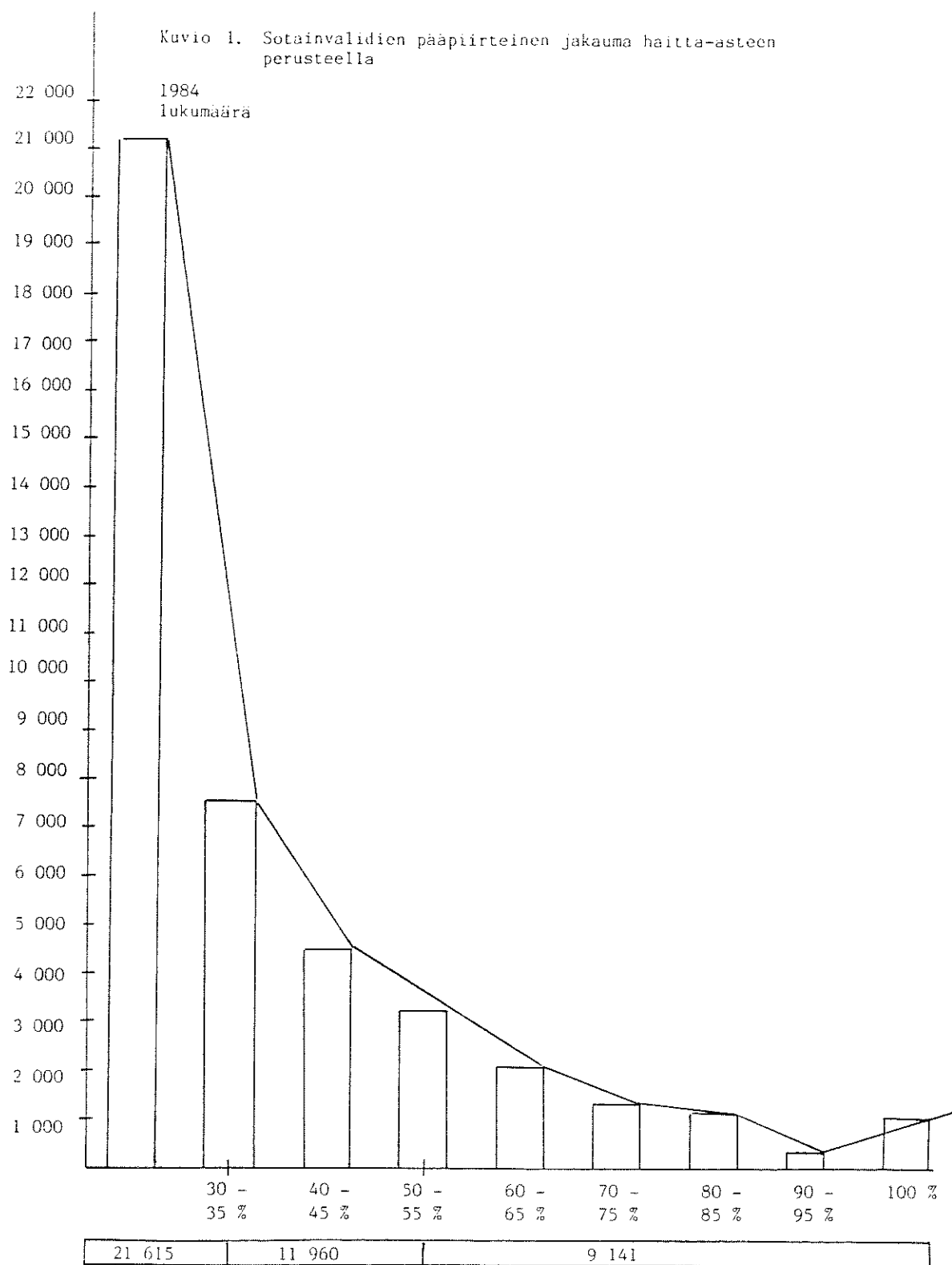
Taulukko 4. Ennuste sotilasvammalain mukaisten elinkoronsaajien lukumäärän kehityksestä vuosina 1983 - 1999 (tammikuu 1983)

Vuosi	Kaikki	Sotainvalidit ¹⁾	Sotainvalidien keski-ikä, vuotta
1982	45 730	43 070	65,5
1983	45 660	42 950	66,3
1984	45 470	42 720	67,1
1985	44 680	41 880	68,0
1986	43 460	40 620	68,8
1987	41 830	38 950	69,6
1988	40 150	37 230	70,5
1989	38 090	35 130	71,3
1990	36 010	33 020	72,1
1991	33 770	30 750	72,9
1992	31 550	28 500	73,8
1993	29 360	26 280	74,6
1994	27 220	24 120	75,4
1995	24 980	21 850	76,2
1996	22 820	19 670	77,0
1997	20 760	17 590	77,8
1998	18 803	15 620	78,6
1999	16 960	13 770	79,5

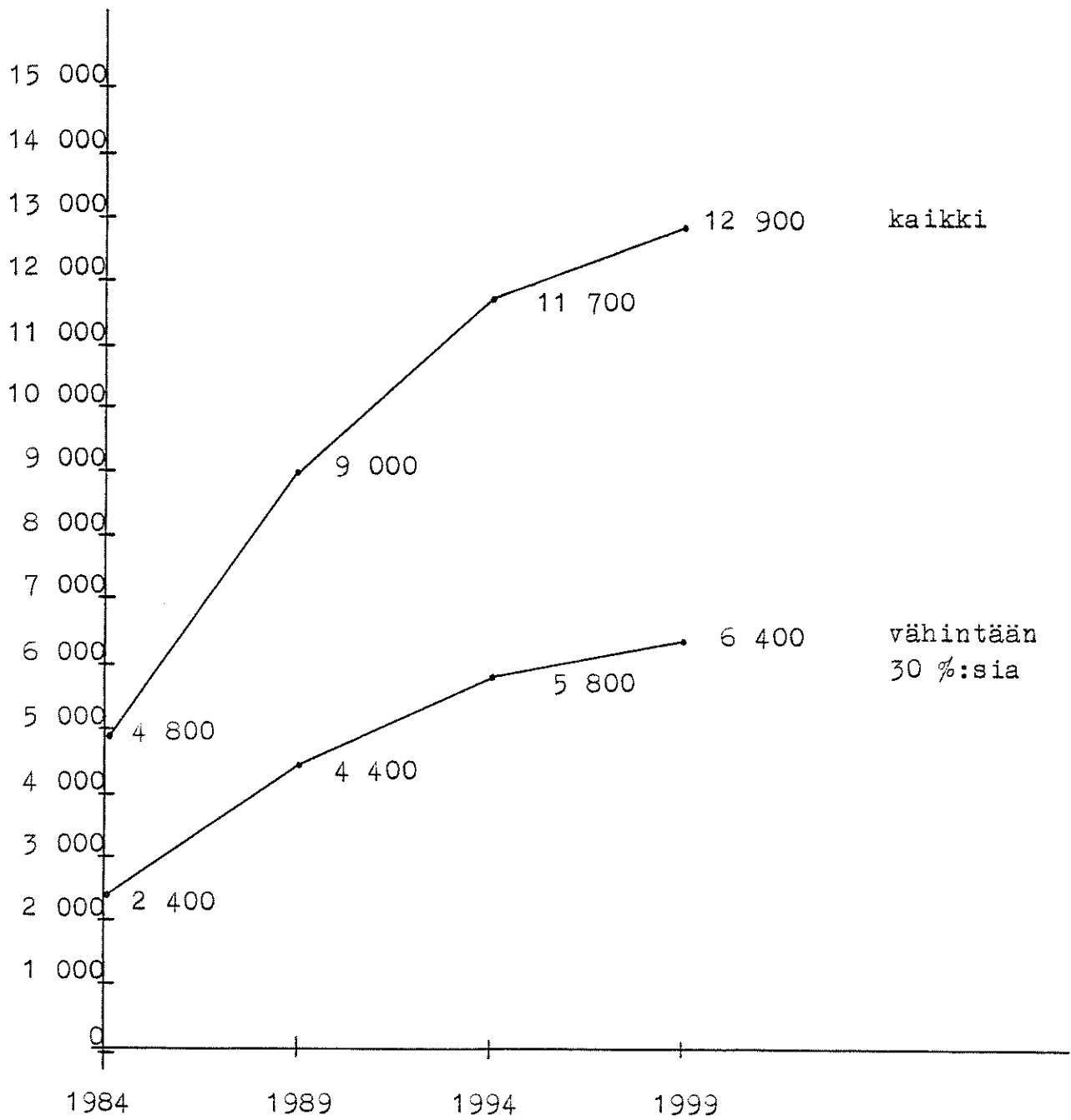
¹⁾ Sotainvalideiksi on laskelmassa katsottu ne viraston atk-rekisterissä olevat elinkoronsaajat, jotka ovat syntyneet vuonna 1925 tai sitä aikaisemmin.

Taulukko 5. Sotainvalidien lukumäärä työkyvyttömyysasteen ja iän mukaan vuosina 1984 ja 1994

Työkyvyttömyysaste										
1984	<30%	30-35%	40-45%	50-55%	60-65%	70-75%	80-85%	90-95%	100%	Yht.
59	810	282	167	123	77	50	45	10	38	1 602
60-64	7 765	2 701	1 596	1 182	737	476	430	92	368	15 347
65-69	6 229	2 167	1 280	948	591	382	345	74	295	12 311
70-74	4 363	1 518	897	664	414	267	241	52	207	8 623
75-79	1 849	642	379	281	175	113	102	22	86	3 649
80-84	498	173	102	76	47	31	28	6	24	985
85-89	87	30	18	13	8	5	5	1	4	171
90-94	14	5	3	2	1	1	1	-	1	28
95-99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yht.	21 615	7 518	4 442	3 289	2 050	1 325	1 197	257	1 023	42 716
1994	<30%	30-35%	40-45%	50-55%	60-65%	70-75%	80-85%	90-95%	100%	Yht.
59										-
60-64										-
65-69	639	222	131	97	61	39	35	8	30	1 262
70-74	5 620	1 955	1 155	855	533	344	311	67	267	11 107
75-79	3 584	1 247	737	546	340	220	198	43	170	7 085
80-84	1 813	630	373	276	172	111	100	21	86	3 582
85-89	480	167	99	73	45	29	26	6	23	948
90-94	63	22	13	9	6	4	3	1	3	124
95-99	4	1	1	1	-	-	-	-	-	7
Yht.	12 203	4 244	2 509	1 857	1 157	747	673	146	579	24 115



Kuvio 2. Yli 75-vuotiaiden sotainvalidien ennustettu lukumäärä vuosina 1984-1999



Uusien ensikertaisten peruskorvaushakemusten lukumäärä on ollut vuosittain noin 2 000 hakemusta. Tästä on ollut asevelvollisten hakemuksia vajaa puolet ja sotainvalidien ensikertaishakemuksia runsas puolet.

Huolimatta sotainvalidien lukumäärän vähentymisestä kuoleman johdosta korvausta saavien sotainvalidien kokonaismäärä on viime vuosina pysynyt lähes ennallaan eikä sen ennusteta lähivuosina olennaisesti vähenevän. Tähän on osasyynä Sotainvalidien Veljesliiton yhdessä tapaturmaviraston kanssa suorittama jo aikaisemmin mainittu haravointi, jolla sotilasvammakorvauksiin oikeutetut sotainvalidit pyritään saamaan sotilasvammalain soveltamisalan piiriin.

Tästä johtuen uusien korvaushakemusten määrä onkin lisääntynyt luonnollista poistumaa nopeammin. Vuonna 1982 poistuma oli 1 713 sotainvalidia. Vuonna 1981 kaikenlaatuisia uusia peruskorvaushakemuksia tuli vireille lähes kaksinkertainen määrä verrattuna edellisiin vuosiin eli 4 139 hakemusta. Hakijoista 2 561 henkilöä oli ensikertaisia. Vuonna 1982 vastaavat luvut olivat 4 474 ja 2 767. Vuonna 1983 edellä mainittujen hakemusten lukumäärät olivat 5 156 ja 3 264.

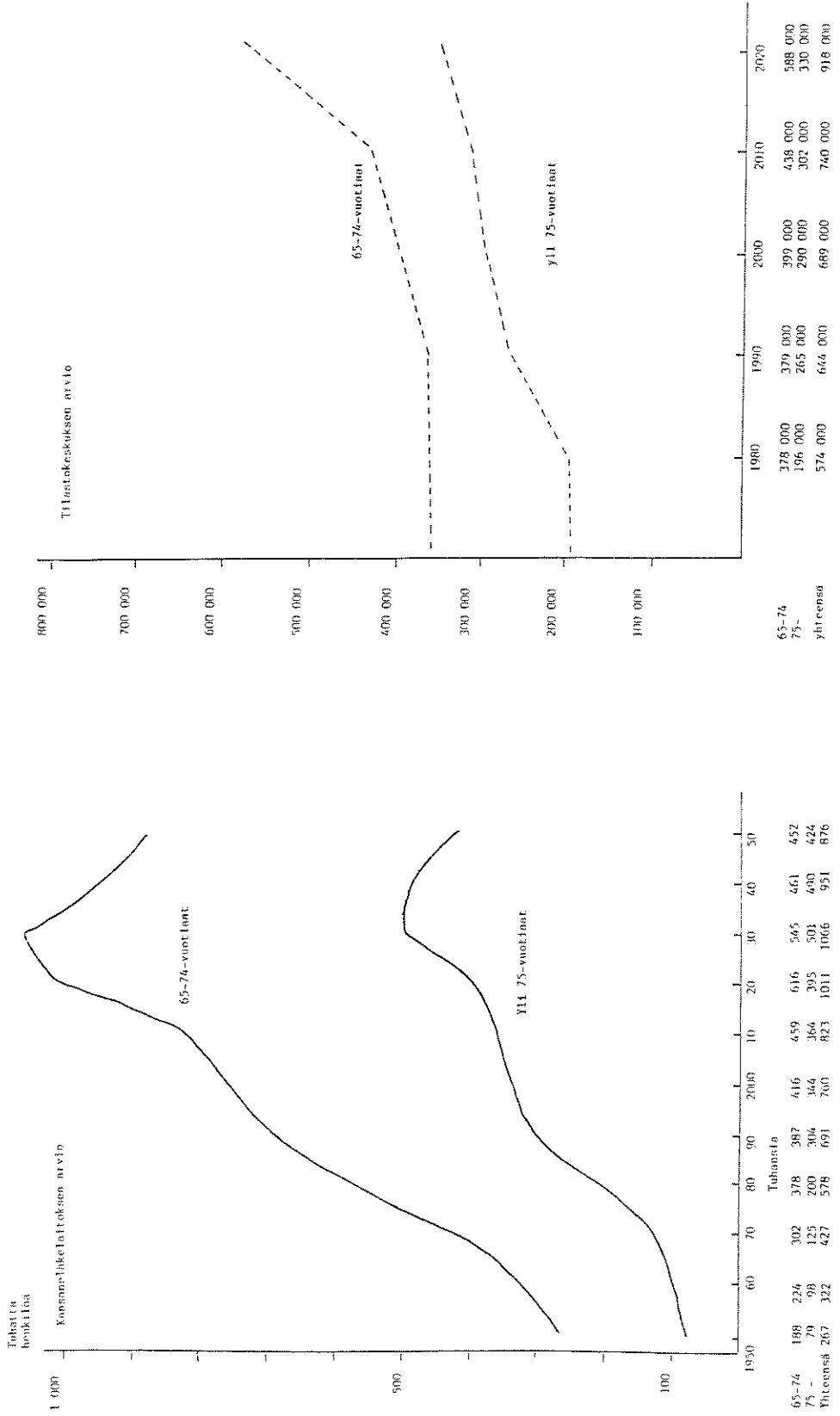
Mikäli sotainvalidien kuolleisuus poikkeaa miesten yleisestä kuolleisuudesta tai mikäli sotainvalidien uusien ensikertaishakemusten lukumäärät vähenevät nopeammin tai hitaammin kuin on arvioitu, on myös tällä vaikutusta elinkoronsaajien lukumäärään. Myös elinkoron maksamiseen johtavien päätösten osuus kaikista päätöksistä saattaa muuttua myöhemmin.

2.4.2. Vanhusten lukumäärä

Vuonna 1980 yli 64 -vuotiaiden suhteellinen osuus maamme koko väestöstä oli 12 %. Ennusteiden mukaan vanhusten absoluuttinen määrä ja suhteellinen osuus kasvavat edelleen. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuonna 1990 vanhuksia arvioidaan olevan noin 680 000 eli 14 % ja vuonna 2000 lähes 750 000 eli 15 % väestöstä. Tilastokeskuksen mukaan on kuviossa 3 esitetty yli 64-vuotiaiden määrä ennustuskaudella 1980-2020. Kansaneläkelaitoksen arviot osoittavat jonkin verran korkeampia lukumääriä (Ryynänen, 1980).

Vanhusväestön sisäistä rakennetta ja sen muutoksia tarkasteltaessa havaitaan, että 1980-luvulla tapahtuva vanhusten määrän kasvu on lähes kokonaan yli 74 -vuotiaiden määrän lisääntymistä kuten taulukosta 6 ilmenee. Vanhusväestön

Kuvio 3. Vanhusten lukumäärän kehitys Kansaneläkelaitoksen ja Tilastokeskuksen arvioiden mukaan



Taulukko 6. Yli 64- vuotiaiden määrä sukupuolen mukaan ennustekaudella 1980 - 2020 (Väestöennusteet 1981 - 2020. Tilastokeskus)

Vuosi	Ikä	Miehet		Naiset		Yhteensä	
		lukumäärä	%	lukumäärä	%	lukumäärä	%
1980	65-74 v	146 643	70,6	233 209	63,1	379 852	65,8
	75 -	61 023	29,4	136 507	36,9	197 530	34,2
	Yht	207 666	100,0	369 716	100,0	577 382	100,0
1990	65-74 v	149 076	63,0	236 320	53,9	385 396	57,1
	75 -	87 352	37,0	202 158	46,1	289 510	42,9
	Yht	236 428	100,0	438 478	100,0	674 906	100,0
2000	65-74 v	176 071	64,3	236 895	51,2	412 966	56,1
	75 -	97 858	35,7	225 453	48,8	323 311	43,9
	Yht	273 929	100,0	462 348	100,0	736 277	100,0
2010	65-74 v	204 580	64,0	254 843	52,7	459 423	57,2
	75 -	114 943	36,0	228 750	47,3	343 693	42,8
	Yht	319 523	100,0	483 593	100,0	803 116	100,0
2020	65-74 v	285 832	67,8	342 219	58,6	628 051	62,5
	75 -	135 730	32,2	241 814	41,4	377 544	37,5
	Yht	421 562	100,0	584 033	100,0	1 005 595	100,0

määrä kasvaa edelleen 1990-luvulla ja vanhenee samalla ikärakenteeltaan. Vuosina 2000-2020 vanhusväestön määrä niinkään kasvaa, mutta valtaosa siitä on tällöin 65-74 -vuotiaiden ikäluokan määrällistä lisääntymistä. Ennusteen mukaan yli 64 -vuotiaiden absoluuttinen määrä on lähes kaksinkertaistunut nykyisestään vuoteen 2020 mennessä, jolloin maassamme arvioidaan olevan yhteensä noin 1 000 000 vanhusta.

Vanhusten määrän lisääntyminen 1900-luvun jälkipuoliskolla on suurimmaksi osaksi naisten määrän kasvua. Molempien sukupuolten lukumäärän oletetaan kasvavan kuitenkin voimakkaasti vuoden 2010 jälkeen, jolloin ns. suuret ikäluokat siirtyvät eläkeikään eli saavuttavat 65 vuoden iän.

Ikärakenteessa tapahtuvat muutokset johtuvat sekä syntyvyyden vähenemisestä että jäljellä olevan eliniän pitenemisestä. Vuonna 1980 oli keskimääräinen elinaika miehillä 69,2 vuotta ja naisilla 77,6 vuotta. Vastaavana ajankohtana oli 75- vuotiaan jäljellä oleva keskimääräinen elinaika miehillä 7,4 vuotta ja naisilla 9,4 vuotta (Suositus vanhusten terveydenhuollon kehittämiseksi 1982).

2.5. Asumisolosuhteet

Vuodenvaihteen 1975-76 tilanteen mukaan sotavammaiset asuivat muuta väestöä huomattavasti useammin omassa asunnossa (Karjalainen-Ropanen 1976). Sotavammaisten asunnoista noin 80 % oli omistusasuntoja, kun koko väestöllä vastaava luku oli runsaat 60 % (taulukko 7). Tämä johtunee ainakin osittain siitä, että sotavammaisista valtaosa on jo iäkkäämpiä henkilöitä, joten he tästä syystä asuvat nuorempia useammin omistusasunnoissa. Vuokra- tai työsuhdeasunnoissa asui lisäksi noin 15 % kaikista sotavammaisista vuonna 1975.

Taulukko 7. Sotavammaisten asuinhuoneistot hallintaperusteen mukaan vuonna 1975 (Karjalainen-Ropanen, 1976)

Hallintaperuste	Kaupungit		Muut kunnat		Koko maa	
	luku	%	luku	%	luku	%
Omistusasunto	15 224	74,5	19 693	85,2	34 917	80,2
Vuokra- tai työsuhdeasunto	4 747	23,2	1 957	8,5	6 704	15,4
Tuntematon	477	2,3	1 451	6,3	1 928	4,4
Yhteensä	20 448	100,0	23 101	100,0	43 549	100,0

Hännikäisen suorittamassa tutkimuksessa 82 % sotavammaisista asui omistus-asunnossa, vuokra- tai työsuhdeasunnossa asui vastaavasti 13 % sotavammaisista (Hännikäinen, 1982). Prosenttiluvut vastaavat melko tarkasti sosiaali- ja terveysministeriön erityisryhmätutkimuksessa saatuja tuloksia. Kuopion läänin sotavammaisista sen sijaan noin 78 % asui vuonna 1982 omistusasunnossa ja runsaat 10 % vuokra- tai alivuokralaisasunnoissa. Työsuhdeasunnoissa asuvien sotavammaisten määrä läänin kaikista sotavammaisista oli alle yhden prosentin (Kuopion lääninhallitus, 1982).

Seuraavassa tarkastellaan sotavammaisten asuntojen varustetasoa. Sekä erityisryhmätutkimuksen tulosten että Hännikäisen suomalaista veteraania koskevan selvityksen mukaan asuntojen varustetaso oli sotavammaisilla muuhun väestöön verrattuna selvästi heikompi. Sotavammaisten asunnoista ainoastaan vajaa puolet (49 %) oli hyvinvarustettuja koko maan vastaavan luvun ollessa 62 % (taulukko 8). Kaupungeissa sijaitsevat asunnot olivat kuten voidaan olettaakin, maaseutuasuntoja selvästi paremmin varustettuja.

Taulukko 8. Sotavammaisten ja koko väestön asuinhuoneistot varustetason mukaan vuonna 1975 (Karjalainen-Ropanen, 1976)

Varustetaso	Sotavammaisten asuinhuoneistot				Kaikki asuinhuoneistot			
	Kaupungit		Muut kunnat		Koko maa		Koko maa	
	luku	%	luku	%	luku	%	luku	%
Vesijohto ja viemäri	1 924	9,4	4 209	18,2	6 133	14,1 (15,0) 1)	147 980	9,4
Vesijohto ja viemäri sekä keskus- tai sähkölämmitys	3 122	15,3	3 949	17,1	7 071	16,2 (21,0)	229 141	14,6
Vesijohto ja viemäri, keskus- tai sähkölämmitys sekä kylpyhuone, suihku tai huoneistossa oleva sauna	13 333	65,2	7 939	34,4	21 272	48,9 (35,0)	969 227	61,8
Varustetaso jokin muu kuin edellisissä luokissa mainittu (myös ei varausteita)	2 069	10,1	7 004	30,3	9 073	20,8 (29,0)	222 153	14,2
Asuinhuoneistoja yhteensä	20 448	100,0	23 101	100,0	43 549	100,0	1 568 501	100,0

1) Suluissa olevat luvut Hännikäisen 1982

Sotavammaisten asuntojen selvästi heikompi varustetaso koko väestöön verrattuna ilmeni myös Kuopion läänin sotavammaisten keskuudessa suoritetussa selvityksessä. Kun Kuopion läänin koko asuntokannasta oli hyvin varustettuja asuntoja lähes 60 %, niin vastaava luku sotavammaisten asuntojen kohdalla oli 51 %. Suhteellisesti eniten varustetasoiltaan hyviä asuntoja oli Kuopion kaupungissa asuvilla sotavammaisilla, joista valtaosa eli 73 % asui sellaisessa asunnossa, jossa oli keskus- tai sähkölämmityksen lisäksi joko kylpyhuone, suihku tai huoneistokohtainen sauna (Kuopion lääninhallitus 1982).

Asuntojen heikkoon varustetasoon liittyi toisaalta yleensä keskimääräistä väljempi asuminen, sillä erityisryhmätutkimuksen tulosten mukaan sotavammaisten asuinhuoneistot olivat pinta-alaltaan koko väestön asuinhuoneistoihin verrattuna jonkin verran suurempia. Keskimääräinen pinta-ala sotavammaisten asuinhuoneistoissa vuodenvaihteessa 1975-76 oli 71,3 m², koko väestön asuinhuoneistojen osalta luku oli 64,7 m². Maaseudulla sotavammaisten asunnot olivat pinta-alaltaan hieman kaupungeissa sijaitsevia asuntoja suurempia, myös omistusasunnot olivat vuokra- tai työsuhdeasuntoja hieman suurempia (Karjalainen-Ropanen, 1979).

3. SOTAINVALIDIEN PITKÄAIKAISHOIDON TARPEET JA NYKYTILA

3.1. Yleistä

Terveydenhuoltoon osallistuvat useat eri viranomaiset ja työntekijäryhmät. Terveyspalveluiden järjestäminen kuuluu kuntien tehtäviin. Valtakunnallisesta keskushallinnosta vastaavat sosiaali- ja terveysministeriö ja lääkintöhallitus. Aluehallinto kuuluu vastaavasti lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoille.

Valtio ohjaa ja valvoo terveydenhuoltoon liittyviä toimintoja sekä osallistuu kustannusten korvaamiseen. Ohjaus ja valvonta on vuodesta 1972 lähtien liitetty valtion ja kuntien velvollisuuteen suunnitella terveydenhuollon toiminnot ja niihin tarvittavat resurssit. Valtion suunnitteluvelvollisuus toteutetaan valtioneuvoston vuosittain hyväksymän koko maata koskevan terveydenhuollon viisivuotissuunnitelman muodossa. Kunnat ja kuntainliitot laativat omat suunnitelmansa sekä kansanterveystyöstä että sairaanhoitolaitosten toiminnasta.

Terveydenhuollon peruspalvelut järjestetään terveyskeskuksissa. Erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään yliopistollisten keskussairaaloiden, aluesairaaloiden, psykiatristen sairaaloiden ja keskusparantoloiden osastoilla ja poliklinikoilla sekä muissa toimintayksiköissä.

Kansanterveystyö on oleellinen osa terveydenhuoltoa. Tammikuun 28 päivänä 1972 annettu kansanterveyslaki (66/72), joka tuli voimaan 1 päivänä huhtikuuta 1972, määrittelee kansanterveystyön seuraavasti: "Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen".

Sotavammaisille järjestetyt terveys- ja sairaanhoitopalvelut ovat suurimmaksi osaksi koko väestölle tarkoitettujen palvelusten yhteydessä. Sotavammaisten terveydenhoitopalveluiden käyttö on ollut jo vuosikymmeniä kiinteää ja jatkuvaa. Tämä on suureksi osaksi johtunut siitä, että sodissa vammautuneiden tai sairastuneiden henkilöiden lääkinnällinen hoito ja huolto on perustunut sotilasvammalaissa määriteltyyn oikeuteen saada korvausta menetetyistä terveydellisestä tilasta.

Sotavammaisella oleva useasti hyvin kiinteä hoitosuhde on terveyspalveluiden käyttöä lisäävä tekijä. Terveyden- ja sairaanhoitopalveluiden käyttöalttiutta

vähentävinä tekijöinä on havaittu mm. alhainen koulutustaso, korkea ikä, matala sosiaalinen asema, hyvä terveydentila, pienet taloudelliset resurssit sekä pitkät matkat lääkäriin. Asuinpaikka ei sen sijaan ole vaikuttanut lääkintäpalveluiden käyttöalttiuteen (Hännikäinen, 1982).

Pitkäaikaissairaanhoidon pitäisi kohdistua nimenomaan sellaisiin henkilöihin, jotka vaativat runsaasti lääkintä- ja/tai sosiaalisektorin palveluita ja resursseja. Pitkäaikaisesti sairaiksi luokiteltavien määrä on riippuvainen siitä, miten pitkäaikaissairas määritellään. Eräs melko usein käytetty määritelmä on pitkäaikaishoitotoimikunnan omaksuma määritelmä vuodelta 1970 (kom.miet. B 76/1970). Määritelmän mukaan pitkäaikaissairas on henkilö,

- 1) jolla on asianmukaisesti todettu sairaus,
- 2) joka aiheuttaa jatkuvaa lääkinnällisen avun tarvetta siten, että
 - a) avuntarve on yhtäjaksoisesti kestänyt tai sen arvioidaan kestävän ainakin noin 3 kuukautta, tai
 - b) avuntarve eri jaksoina vuoden aikana on kestänyt tai sen arvioidaan kestävän yhteensä ainakin noin 3 kuukautta.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1978 julkaisemassa selvityksessä pitkäaikaissairaiden vanhusten hoidon tilasta (Sintonen, 1978) pitkäaikaissairaalla tarkoitetaan iältään 65-vuotiasta tai vanhempaa henkilöä, joka

- 1) tarvitsee sairaanhoidon takia laitoshoidtoa sairaalassa, kunnalliskodin sairastosastossa tai muussa vastaavassa sairaanhoitolaitoksessa, tai
- 2) tarvitsee hoivan takia laitoshoidtoa kunnalliskodin yleisessä osastossa, yksityisessä vanhainkodissa tai vastaavassa laitoksessa, tai
- 3) on kotihoidossa ja tarvitsee sosiaali- ja/tai terveydenhuoltohenkilökunnan avustamis- ja/tai hoitotoimenpiteitä useita kertoja viikossa tai että henkilö on määritelty valvotun kotisairaanhoidon asiakkaaksi,
- 4) edellä tarkoitettu hoidon ja avun tarve on jatkunut eri jaksoina vuoden aikana yli 3 kk tai sen arvioidaan kestävän ainakin 3 kk.

Tässä esityksessä myöhemmin esiintyvät tiedot pitkäaikaissairaista perustuvat suurelta osin edellä mainittuun Sintosen pitkäaikaissairaanhoidon henkilön määritelmään.

Mainittakoon tässä yhteydessä vielä, että asetuksessa terveyskeskuksessa perittävistä maksuista ja korvauksista (206/72) "pysyvästi laitoshoidossa olevana pidetään terveyskeskuksen sairaansijalla hoidettavana olevaa potilasta,

jonka hoito julkisin varoin ylläpidettävässä terveyskeskuksessa, sairaalassa, sairaskodissa, vanhainkodissa, kunnalliskodissa tai muussa huoltolaitoksessa on jatkunut yhtäjaksoisesti vähintään 90 vuorokautta ja jonka toimintakyvyn, kun otetaan huomioon hänen terveydentilansa ja muut edellytyksensä tulla toimeen laitoksen ulkopuolisissa olosuhteissa, on katsottava heikentyneen pysyvästi siten, että häntä on tämän vuoksi hoidettava jatkuvasti laitoksessa".

3.2. Sotainvalidien lääkinällinen huolto

3.2.1. Sotavammojen laatu

Sotavammat eroavat rauhanajan vammoista erityisesti siinä, että ne ovat tavallisesti luotien ja räjähteiden aiheuttamia. Sotainvalidit ovat usein monivammaisia. Tavallisimpia vammoja ovat sirpalevammat raajoissa ja vartalolla sekä ruumiinjäsenten amputaatiot, aistinvammat ja aivovammat. Sodan aikana esiintyi myös monenlaisia sairauksia kuten keuhkotuberkuloosia, reumaa, sydäntulehduksia, poliota ja sodan erityisolosuhteissa mm. sotavankeudessa syntyi nälkävaurioita, sairauksia ja vammoja.

Sotavamman laadun mukaan sotavammaiset jakautuivat Hännikäisen tutkimuksessa vuonna 1975 taulukon 9 mukaisesti.

Taulukko 9. Korvausta saavien sotavammaisten osuudet vamman laadun mukaan prosentteina ja frekvensseinä vuonna 1975 (Hännikäinen, 1982)

Haavoittuneet	%	n	Sairastuneet	%	n
Yläraajan amputaatio	5	21	Verenkiertoelinten sairaudet	5	3
Muu yläraajan vamma	20	84	Keuhkotuberkuloosi	56	37
Alaraajan amputaatio	9	36	Muut hengityselinten sairaudet	17	11
Muu alaraajan vamma	24	101	Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	7	5
Kallon tai aivojen vamma	13	54	Elimelliset hermosairaudet	3	2
Aistinten vamma	8	35	Ruoansulatuselinten sairaudet	1	1
Vartalon vamma	11	45	Virtsaelinten sairaudet	6	4
Sisäelinten vamma	3	13	Psykkiset häiriöt	5	3
Yleisvamma	7	28			
	100	417		100	66

Sotainvalidien Veljesliiton jäsenistö jakaantui vuoden 1982 lopussa taulukon 10 mukaisesti.

Taulukko 10. Sotainvalidien Veljesliiton jäsenistön jakautuminen vamman laadun mukaisesti vuonna 1982 (Sotainvalidien Veljesliiton vuosikertomus 1982, Aukio, Jarho 1980)

Järjestö	jäsentien lukumäärä
Aivoinvalidit	5260
Amputoidut	2846
Sotatuberkuloottiset	6842
Naissotainvalidit	417
Sotasokeat	121
Yleisvammaiset	noin 26 000
Selkäydinvammaiset	noin 50
Sotavangit (1970)	1 550

Taulukkojen 9 ja 10 sotavammojen luokitus niiden laadun mukaan kuvaa vammojen moninaisuutta ja niiden aiheuttamien erityisongelmien laajuutta.

3.2.2. Sotavammojen erityispiirteet ja pitkäaikaisvaikutukset terveydentilaan

Sotainvalidit olivat vammautuessaan keskimäärin 20-30 vuoden ikäisiä. Tällöin elimistön reservivoimat ja sopeutumiskapasiteetti ovat suurimmillaan. Varsinkin vaikean vamman saaneilla tila ei kuitenkaan koskaan jäänyt pysyväksi, vaan sekä ruumiillinen että psyykinen tasapaino olivat häiriöaltista ja helposti järkkävää. Kunkin vammanryhmän erityishaitat asettivat omia tyypillisiä rajoituksia ja rasitustekijöitä elimistölle. Laaja vammojen varhaisvaiheen lääkinnällinen ja ammatillinen kuntoutus antoi jopa niin hyviä tuloksia, että mm. Hännikäisen aineistossa vain 2 % ei ollut lainkaan osallistunut työelämään (Hännikäinen 1982).

Vanhetessa ihmisen toimintakykyisyys vähenee elimistön reservivoimien ja sopeutumisen heikentyessä.

Taulukossa II on kuvattu eräitä toimintakykyisyyteen vaikuttavia ja iästä riippuvia fyysisiä ja psyykkisiä muuttujia.

Taulukko II. Jäljellä oleva keskimääräinen toimintakykyisyys 75-vuotiaalla, kun 30-vuotiaan tasoa merkitään 100:lla (Shock, 1962, cit. Heikkinen, 1981)

Muuttuja	75-vuotiaan jäljellä oleva ominaisuus, %
Paino	88
Munuaisten verivirtaus	50
Keuhkojen uloshengitystilavuus	56
Perusaineenvaihdunta	84
Lihasten voimakkuus	55
Aivoverenkierto	80
Hermoimpulssin johtumisnopeus	90
Ihon kosketusaisti	36
Maksimaalinen työ (lyhytaikainen)	40
Maksimaalinen työ (pitkäaikainen)	70
Veren pH:n palautuminen happorasituksen jälkeen	17

Älyllinen kyvykkyys on huomattavan kestävä ikääntymisen suhteen, mutta tunne-elämän häiriöalttius lisääntyy. Eriasteiset orgaaniset aivotointahäiriöt ovat ikääntyneillä henkilöillä yleisiä. Niitä aiheuttavat aivojen aineenvai-

duntahäiriöt, jotka puolestaan johtuvat verenkiertohäiriöistä, yleissairauksista ja lääkkeiden sekä alkoholin pitkäaikaisesta ja runsaasta käytöstä. Aivovaurion oireina esiintyy korkeimpien aivotoimintojen häiriöitä kuten keskittymisvaikeuksia, alentunutta rasituksensietoa, muistin heikkoutta, tunne-elämän herkistymistä ja usein haitallisten karakterologisten piirteiden korostumista. Nämä häiriöt liittyneenä mm. taulukon II elimistön alentuneisiin suoritustekijöihin osoittavat, miten iän myötä tuntuvan sotavamman jälkitilan kompensoiminen on entistä hankalampaa ja johtaa "katkeamisiin", mitkä ilmenevät korostuneina särkytiloina, runsaana lääkkeiden käyttönä, ahdistus- ja masenustiloina ja sosiaalisina ristiriitoina.

Lisäksi vaikea sotavamma tai sairaus voi osaltaan vuosien kuluessa olla myötävaikuttamassa siihen, että syntyy uusia sairauksia, joiden kehittymiseen vamman synnyttämällä poikkeavalla alttiudella tai taipumuksella on merkittävä osuus (Liitynnäiskomitean mietintö, 1965). Liitynnäissairauksiksi on mm. katsottu eräät sydän- ja keuhkosairaudet, selkärangan ja nivelten eräät degeneratiiviset sairaudet, kuuroilla paranoidiset oireet ja aivovammaisilla mm. eräät verenkierröllisellä pohjalla syntyneet halvaustilat, tylsistyminen sekä eräät mielenterveyden häiriöt.

Sotavammojen pitkäaikaisvaikutuksia on seurattu erikoisvammaryhmien osalta koko sodanjälkeinen aika ja tutkimuksista on ilmennyt mm. seuraavia suuntaviivoja:

Aivovammaiset

Aivovammaiset kuntoutuivat aluksi suhteellisen hyvin ja työelämäänsä heitä osallistui 70%:n tasolla, joka vastasi entistä tai sitä parempaa ammattia. Vaikeavammaisistakin 17 % oli työelämässä. Aivovammaisia lienee kaikkiaan ollut lähes 10 000, vaikka vuonna 1945 heitä rekisteröitiin ainoastaan 2 117. He muodostavat varsin heterogeenisen ryhmän, koska lievien vammojen haitat ovat huomattavasti vähäisempiä kuin vaikeissa vammoissa. Nykyään aivovammaisia on runsaat 5 000 ja heistä 100 %:n invalideja on noin 350 ja vähintään 80 %:n invalideja noin 700.

Vaikeissa aivovammoissa on onnistuneen alkuvaiheen kuntoutuksen jälkeen hyvä toimintakykyisyys säilynyt vain 10 vuotta, minkä jälkeen on tapahtunut hidasta tilan pahentumista. Erityisesti heidän henkinen tasonsa on laskenut,

on kehittynyt mm. aloitekyvyttömyyttä, voimattomuutta, alttiutta tunne-elämän häiriöihin ja erityisesti psykoosit ja itsemurhat ovat suhteessa vamman vaikeusasteeseen (Achte ym. 1967, 1971, Hillbom 1965). Vaikean aivovamman saaneiden selviytyminen tapahtuu juuri lähiomaisen avulla. Eräässä selvityksessä (Hakala, 1972-1974) vähintään 50 %:n haitta-asteen omaavista aivovammaisista vain 12 % selviytyi ilman mitään ulkopuolista apua.

Amputoidut

Amputaatioiden pitkäaikaishaittoina ovat olleet selkärangan ryhtimuutokset ja degeneratiiviset sairaudet sekä terveen raajan rasitusoireet (Solonen ym., 1964). Keskimääräinen toimintakyvyn heikentyminen iän myötä (taulukko II) tekee mm. alaraaja-amputaatiosta entistä haittaavamman lihasvoiman notkeuden, joustavuuden ja tasapainon säätelyn heikentyessä. Tällainen vammaisuus on altis tapaturmille. Erityisongelmina on viime vuosina koettu amputoitujen tervettä puolta kohdanneet aivohalvaukset ja alaraaja-amputoiduilla aikaisemmin terveen raajan amputaatiot verisuonisairauksien vuoksi tai vaikeasti hoidettavat murtumat (kuten reisiluunkaula). Myös amputoitujen sairastuessa aivoverenkiertohäiriöihin, joihin usein kuuluu juuri tasapainovaikeuksia, joudutaan usein pyörätuolitasolle ennusteen ollessa juuri liikuntakyvyn suhteen huomattavasti vaikeamman kuin muulla väestöllä.

Aistinvammaiset

Sotasokeiden yleinen terveydentila on todettu huomattavan hyväksi muihin veteraaneihin nähden (Vainio, 1980). Kuitenkin yksittäistapauksissa heillä monivammaisina, mm. sokeuteen voi liittyä vaikea aivovamma tai amputaatio, on erittäin vaikeasti kompensoitavissa olevat haitat. Mielenterveydelliset ongelmat ovat merkittäviä. Yleissairaudet ja etenkin juuri aivotointojen orgaaniset häiriöt lisäävät nopeasti avuttomuutta. Toisen silmänsä menettäneiden kohdalla jäljelle jääneen silmän sairaudet saattavat hyvin nopeasti johtaa huomattavaan avuttomuuteen. Kuulovammaisten kohdalla ikääntyminen on johtanut kuulon heikentymiseen entisestään ja tämä aiheuttaa merkittävää avuttomuuden lisääntymistä.

Keuhkotuberkuloosi

Sodan aikana tuberkuloosiin sairastui kaikkiaan noin 14 000 henkilöä. Heidän kuolleisuutensa oli huomattava heti sodan jälkeen ja elossa olevien lukumäärä on nykyään noin 6 800. Laajat tuberkuloottiset keuhkomuutokset arpikamaroineen muodostavat ikääntyessä huomattavan hengityskapasiteettia heikentävän tekijän, mikä puolestaan vaikuttaa yleiseen terveydentilaan, kuormittaa sydäntä ja aiheuttaa mm. aivomuutoksia. Myös tuberkuloottiset muutokset altistavat muille keuhkosairauksille.

Sotavangit

Sotavankien kokonaislukumääräksi arvioitiin vuonna 1970 1 550 henkilöä. Heidän terveydentilansa selvityksessä vuonna 1972 oli mukana yhteensä 1 222 entistä sotavankia. Tutkimuksen merkittävin tulos oli, että noin 40 % heistä oli ikäistään selvästi vanhemman vaikutuksen antavia. Heillä esiintyi runsaasti sairauksia, mm. psyykkisiä häiriöitä 70 %:lla. Neljännes heistä oli täysin työkyvyttömiä, kolmannes täysin työkykyisiä ja muut tältä väliltä (Heinsalmi, 1974).

Muut sotavammaiset

Sotavammaisiin kuuluu lisäksi pieniä erikoisryhmiä, joiden hoidon tarve voi olla huomattavan suuri. Selkäydinvammaisia on kaikkiaan ollut yli 100 henkilöä. Heitä on luetteloitu 80 ja näistä 42 % on kuollut (Jarho, 1980). Viime vuosina heidän hoidontarpeensa on tuntuvasti kasvanut muiden sairauksien vuoksi ja esimerkiksi Kaunialan Sotavammassairaalan pitkäaikaishoidettavista heitä on noin 15.

Muita pienryhmiä ovat mm. polioon ja muihin keskushermoston infektioihin sairastuneet.

Suurin osa sotavammaisista kuuluu ns. yleisvammaisiin, jotka eivät siis muodosta mitään erikoisvammaryhmää. Heidän vammansa ovat hyvin moninaisia, usein suhteellisen lieviäkin ja rajoittuneita, mutta ryhmään kuuluu myös huomattavan vaikeastikin vammautuneita mm. ääreishermoston vaurioita saaneita.

Sodasta johtuvia mielenterveyshäiriöitä esiintyy ilmeisesti runsaasti, mutta niiden luotettavasta määrästä ei ole tietoa. Kyyhkylän ja Punkaharjun kuntou-

tussairaaloitten tutkimusaineistossa (Huittinen ja Hiltunen, 1983) 27 % potilaista ilmoitti painajaisunista tai muista sodasta aiheutuneista mielenterveyden häiriöistä.

3.2.3. Sotavammojen lääketieteellinen haitta

Sotavammojen lääketieteellistä haitta-astetta kuvataan prosenttiyksikköasteikolla 1-100 ja sitä nimitetään työkyvyttömyysasteeksi. Työkyvyttömyysasteen määrittäminen tapahtuu viiden prosentin välein ja se kuvaa lääketieteellistä (sekä anatomista että toiminnallista) vamman aiheuttamaa keskimääräistä haittaa yksilöllisten tekijöiden jäädessä taka-alalle. Haitta-asteen määrittämisessä sovelletaan professori Pontevan työkyvyttömyyden arviointiluokitusta, joka perustuu kansainvälisessä käytännössä oleviin taulukoihin (Ponteva, 1972).

Seuraavassa esitetään eräitä esimerkkejä näiden taulukoiden työkyvyttömyysmäärittämisistä:

Lievät vammat (0-25 %)

Peukalon menetys 15-20 %, toispuoleinen kuurous 15 %, silmän menetys 25 %, aivotärähdyksen ja lievän aivovamman aiheuttama päänsärky- ja huimaustaipumus 10-20 %

Keskivaikeat vammat (30-65 %)

Kuurous 50 %, alaraajan menetys reidestä 65 %, yläraajan menetys kyynärvarresta 55-65 %, aivovamma, joka aiheuttaa halvauksia, epilepsiaa ja psyykkisiä muutoksia lieväasteisesti

Vaikeat vammat (70-100 %)

Sokeus 100 %, alaraajojen menetys reidestä, selkäydinvamma, joka aiheuttaa alaraajojen, rakon ja peräsuolen toimintahäiriöitä, aivovammat, jotka johtavat tylsistymiseen ja aiheuttavat luonteenmuutosta, epilepsiaa ja halvauksia vaikea-asteisesti

Kuviosta 1 (luku 2.4.1.) nähdään sotavammaisten jakautuminen työkyvyttömyysasteen mukaan. Kuvion mukaan vuonna 1984 vähintään 30 %:n invaliditeetti olisi 21 097:llä, vähintään 50 %:n invaliditeetti 9 141:llä, vähintään 80 %:n invaliditeetti 2 477:llä ja 100 %:n invaliditeetti 1 023:lla. Lievävammaisia (alle 30 %) olisi 21 615 henkilöä.

3.3. Yleistä vanhusten terveydentilasta

3.3.1. Vanhusten sairastavuus

Ennenkuin tarkastellaan sotavammaisten vanhenemisen vaikutusta heidän terveydentilaansa käsitellään muun väestön vanhenemiseen kuuluvia terveydentilan muutoksia.

Terveyshaastattelujen mukaan vanhusväestöstä 70-76 % on ilmoittanut sairastavansa jotain pitkäaikaissairautta (Purola ym., 1967 ja Väänänen ym., 1971). Laitoshoitopotilaat eivät kuuluneet haastattelun piiriin. Kansaneläkelaitoksen haastattelututkimuksessa vuonna 1976 vanhuksista lähes 80 % ilmoitti olevansa pitkäaikaissairaita.

Ruikka suoritti Turussa vuonna 1963 seulontatutkimuksen 65 vuotta täyttäneille vanhuksille. Otokseen kuului 405 henkilöä. Terveiksi todettiin 65-69-vuotiaista 24 %, 70-74-vuotiaista 17 %, 75-79-vuotiaista 15 % ja yli 80-vuotiaista 11 %. Luvut koskevat miehiä. Itsensä terveeksi arvioi 75 %, mikä osoittaa, että haastattelututkimukset etenkin vanhusten terveydentilaa määritettäessä ovat huomattavan epäluotettavia (Ruikka, 1970).

Sosiaali- ja terveysministeriön suorittaman selvityksen mukaan (Sintonen, 1978) oli maassamme 1.3.1978 avo- ja laitoshoidossa yhteensä 110 000 vanhusta eli 21 % vanhusväestöstämme. Laitoshoidossa oli vajaat 9 % ja avohoidossa 12 %. Pitkäaikaishoidettavissa korostui yli 75-vuotiaiden osuus, joka oli 57 %, vaikka heidän väestöosuutensa koko vanhusväestöstä oli alle kolmannes eli 32 %.

Laitoshoidon lisääntyvää tarvetta suhteessa ikävuosiin kuvaa taulukon 12 hoitopäivien tarve maamme erityyppisissä laitoksissa ikäluokan henkeä kohden vuonna 1980.

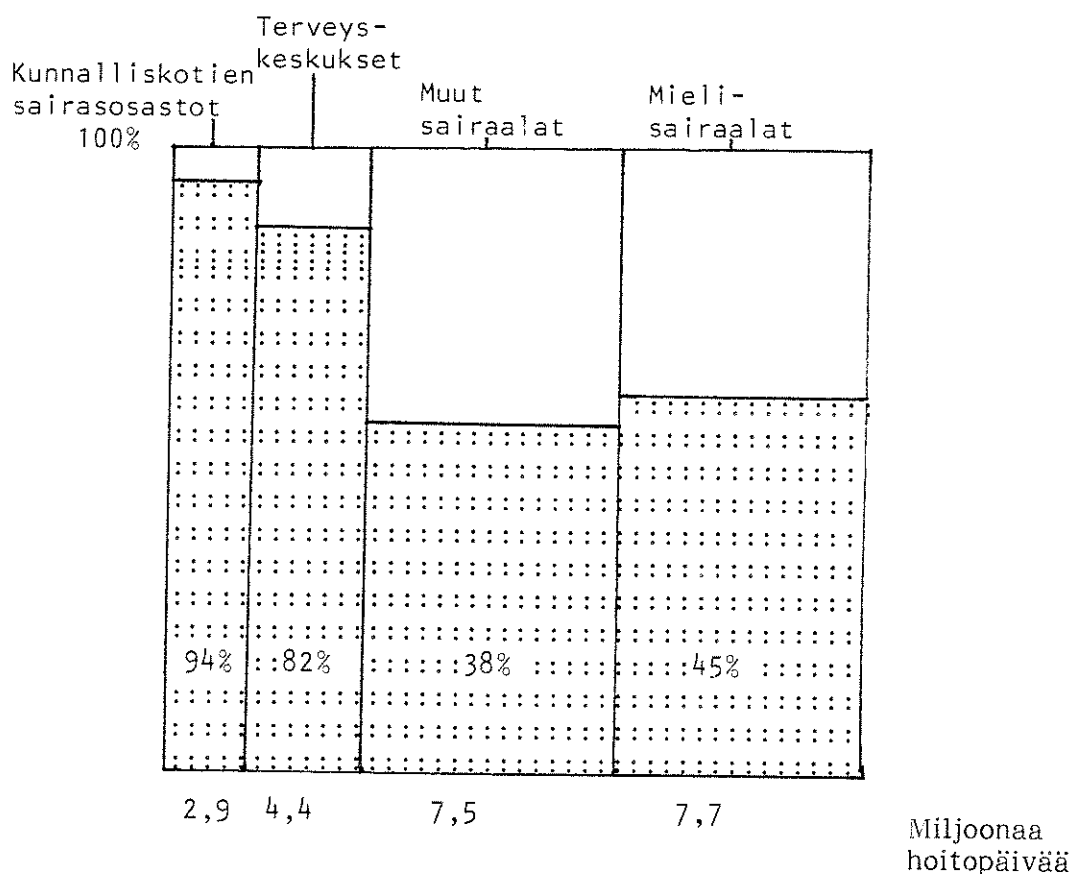
Taulukko 12. Erityyppisten laitosten hoitopäivien lukumäärä ikäluokan henkeä kohden vuonna 1980 (Lääkintöhallituksen julkaisuja, 1982)

Ikäluokka (v.)	0-64	65-74	75-84	85-
Hoitopäivä/hlö	2,5	17,6	52,5	152,7

Taulukosta ilmenee, että vanhuusikäluokissa siirryttäessä 10-vuotisportain seuraavaan vanhempaan ikäluokkaan laitoshoitopäivien lukumäärä kolminkertaistuu (Geriatrian asiantuntijatyöryhmän mietintö. Lääkintöhallitus, 1982).

Purolan ym. ja Ruikan tutkimuksissa vanhuksilla todettujen sairauksien esiintyminen prosentteina ICD-luokituksen mukaisesti on esitetty taulukossa 13. Nämä tutkimustulokset ovat metodinsa vuoksi vain suuntaa antavia ja päätyvät mieluummin ali- kuin ylimittäisiin sairastavuuden arvioihin. Vanhusten sairastuvuutta kuvaa heidän osuutensa hoitopäivien käytöstä maamme sairaaloissa (kuvio 4) vuonna 1980 (Lääkintöhallituksen julkaisuja, 1982).

Kuvio 4. Vanhusten osuus hoitopäivien käytöstä sairaaloissa vuonna 1980 (Lääkintöhallituksen julkaisuja, 1982)



(pistealue ilmoittaa yli 65-vuotiaiden osuuden)

Taulukko 13. Ilmoitetut pitkäaikaissairaudet 100 miestä kohden vuonna 1968 (Purola ym. 1971) sekä todetut pitkäaikaissairaudet 405 potilaan tutkimusaineistossa vuonna 1963 (Ruikka, 1970)

I C D - L U O K I T U S	Purola (1971)		Ruikka (1970)
	65-74 v.	75 v.	65 v.
II Pahanlaatuiset kasvaimet	1,9	2,3	
III Umpieritys- ja aineenvaihduntasairaudet sekä ravitsemushäiriöt	6,2	7,4	6
Sokeritauti			
IV Veren taudit	0,2	-	8
VMielenterveyden häiriöt	0,8	0,6	
VI Hermoston ja aistimien taudit	11,9	15,4	
Viherkaihi			
Harmaa kaihi			
VII Verenkiertoelinten sairaudet	36,9	30,3	24
Verenpainetauti			
Sepelvaltimotauti			
Sydämen toiminnanvaja			
Aivohalvaus			
TIA			
VIII Hengityselinten taudit	10,3	7,4	18
Astma			
IX Ruoansulatuselimistön sairaudet	9,5	9,1	
X Virtsa- ja sukuelinten taudit	5,0	5,1	6
Eturauhasen liikakasvu			
XII Ihon taudit	0,6	-	
XIII Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	18,7	12,0	
XVII Tapaturmat	7,3	3,4	
Kynärvarren murtuma			
Kylkiluun murtuma			
Olkavarren sijoiltaanmeno			
XIII Epätarkasti määritellyt tautitilat	9,7	14,9	
Pitkäaikaissairauksia/100	120,3	108,6	

3.3.2. Vanhusten toimintavajavuus

Toimintavajavuudella tarkoitetaan toiminnallisen suorituskyvyn heikkenemistä, joka vaikeuttaa selviytymistä jokapäiväisissä tehtävissä. Sen kehittymiseen vaikuttavat paitsi fyysinen tai psyykinen vamma tai heikkous, myös yksilön sopeutuminen tai suhtautuminen näihin (WHO, 1969). Toimintavajavuutta kuvataan tavallisesti selvittämällä, miten sairas pystyy selviytymään päivittäisistä toiminnoista. Näihin kuuluu liikuntakyky, henkilökohtainen hygienia, pukeutuminen, ruokailu, kodin kunnossapito, asioiden hoitaminen jne.

WHO:n kansainvälisessä 12:lla eri alueella suoritettussa tutkimuksessa Suomen osalta todettiin, että helsinkiläisillä miehillä (iältään vähintään 65 vuotta) esiintyi toimintavajavuutta 385:llä tuhannesta. Simonen on tutkimuksessaan selostanut sekä maassamme että ulkomailla suoritettuja tutkimuksia ja todennut, että väestötutkimusten perusteella vanhusväestöstä päivittäisissä toiminnoissa apua tarvitsevia on 10-47 %. Vaihtelualue on siis huomattavan suuri, mutta kaikissa tutkimuksissa korostetaan toimintavajavuuden nopeata kasvua iän mukana. Pitkäaikaissairaansijoilla noin 1/3-1/2 on liikuntakykynsä menettäneitä (Simonen, 1980).

Eräänä erityisenä ikäryhmänä on mm. tutkittu yli 85-vuotiaiden tamperelaisien selviytymistä (Haavisto ja Mattila, 1981). Aineistoon kuului 122 miestä. Heistä noin 16 % oli terveydenhoitoalaan kuuluvassa laitoksessa ja vajaat 21 % sosiaalitoimen laitoksissa. Omassa asunnossa, yksityisissä vanhainkodeissa ja vanhusten vuokra-asunnoissa asui 57 %. Kotona asuvista miehistä 32 % asui yksin. Lähes 60 % ilmoitti käyvänsä vierailulla harvemmin kuin kerran kuukaudessa ja 36 % vanhuksista ilmoitti, että heidän luonaan käydään harvemmin kuin kerran kuukaudessa.

Pitkäaikaissairailla vanhuksilla on tavallisesti runsaasti erilaisia sairauksia, mutta useimmat sairaudet sinänsä eivät aiheuta merkittävään avuntarpeeseen johtavaa toimintavajavuutta. Maamme kunnallisissa vanhustenhuoltolaitoksissa ja terveyskeskussairaaloissa vuonna 1981 kolmen tärkeimmän diagnoosin mukaan merkittävimmät sairaudet 65 vuotta täyttäneillä pysyvässä laitoshoidossa on esitetty taulukossa 14.

Taulukko 14. Kunnallisissa vanhustenhoitolaitoksissa ja terveyskeskussairaa-
loissa pysyvässä hoidossa olevien 65 vuotta täyttäneiden sairau-
det kolmen tärkeimmän diagnoosin mukaan 1 000 hoidettavaa
kohti (Heikkinen ja Malin, 1983)

I C D - LUOKITUS

II Pahanlaatuiset kasvaimet	46
III Umpieritys- ja aineenvaihdunta- sairaudet sekä ravitsemushäiriöt	214
Sokeritauti	
IV Veren taudit	18
VMielenterveyden häiriöt	264
VI Hermoston ja aistimien taudit	169
Viherkaihi	
Harmaa kaihi	
VII Verenkiertoelinten sairaudet	1061
Verenpainetauti	
Sepelvaltimotauti	
Sepelvaltimotukos	
Sydämen toiminnanvaja	
Aivohalvaus	
TIA	
VIII Hengityselinten taudit	72
Astma	
IX Ruoansulatuselimistön sairaudet	63
X Virtsa- ja sukuelinten taudit	185
Eturauhasen liikakasvu	
XII Ihon taudit	10
XVIII Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	147
XVII Tapaturmat	
Kynnärvarren murtuma	73
Kylkiluun murtuma	
Olkavarren sijoiltaanmeno	
XIII Epätarkasti määritellyt tautitilat	80

Keskeisiksi sairauksiksi muodostuvat verenkiertoelinten sairaudet, mielenterveyden häiriöt, virtsa- ja sukuelinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä hermoston ja aistien taudit. Myös aineenvaihduntataudit, mm. sokeritauti, ovat merkittävä ryhmä.

Simosen (1980) tutkimuksessa tarkasteltiin pitkäaikaissairaanhoidon otetun 683 helsinkiläisen vanhuksen toimintavajavuutta ja sitä aiheuttavia sairauksia. Taulukossa 15 on esitetty tutkimuksessa olleiden miesten toimintavajavuutta aiheuttavat sairaudet. Taulukosta ilmenee, että suurin yhtenäinen toimintavajavuutta aiheuttava sairausryhmä on aivoverisuonien sairaudet, jotka johtavat aivohalvaukseen. Tässä pääluokassa aivohalvausten osuus oli 84 % ja sydäntautien 9 %. Mielenterveyden häiriöiden merkitys on lähes aivohalvausten suuruusluokkaa ja keskeinen oireyhtymä tässä luokassa on tylsistyminen, henkisen vireyden vähittäinen ja pysyvä heikentyminen. Muiden toimintavajavuutta aiheuttavien sairauksien osuudet ovat vähäisempiä. Pahanlaatuisten kasvainten ja tapaturmien osuudet ovat suuruusluokassa seuraavia. Tapaturmista reisiluun kaulan murtumat muodostivat valtaosan eli 68 %. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien osuus oli vähäinen, 3 %, ja reuma oli niissä yli puolessa tapauksia toimintavajavuuden syynä. Toimintavajavuuden kannalta sivudiagnooseja ja vähemmän merkityksellisiä olivat mm. sydäntaudit ym. yleissairaudet. Tutkimuksen tekijä korostaa, että joissakin tapauksissa toimintavajavuutta ensisijaisesti aiheuttavaa sairautta oli vaikea määrittää ja se saattoi kehittyä usean sairauden yhteisvaikutuksena. Kansaneläkelaitoksen selvitykset viittaavat samaan suuntaan, sillä sairauksien lukumäärän ollessa vähintään kaksi muodostuu vanhuusväestössä toimintakyvyn heikkene- mistä 10-50 %:lle (Aromaa, Sosiaaliturva 1982).

Toimintavajavuuden kehittymiseen kuluvan ajan suhteen voidaan mainita, että Simosen tutkimusaineiston mukaan helsinkiläisten pitkäaikaissairaansijoille otettujen vanhusten oireiden kehittymisaika oli noin 60 %:ssa alle yksi vuosi, mikä kuvastaa melko äkillisten sairauksien suurta merkitystä toimintavajavuuden kehittymisessä. Hidas, yli vuoden kestänyt oireiden kehitysaika, oli lähes 40 %:ssa. Hänen aineistossaan lisäksi yli 80 %:ssa ei todettu asumiseen liittyviä ongelmia eikä taloudellisen avun tarvetta. Yli puolet miehistä oli naimisissa.

Taulukko 15. Toimintavajavuutta aiheuttaneiden sairauksien esiintyvyys,
% tautipääloukan ja sukupuolen mukaan (Simonen, 1980)

I C D - LUOKITUS		miehet N=207
II	Pahanlaatuiset kasvaimet	9,7
III	Umpieritys- ja aineenvaihdunta- sairaudet sekä ravitsemushäiriöt Sokeritauti	1,9
IV	Veren taudit	-
V	Mielenterveyden häiriöt	35,3
VI	Hermoston ja aistimien taudit Viherkaihi Harmaa kaihi	4,3
VII	Verenkiertoelinten sairaudet Verenpainetauti Sepelvaltimotauti Sepelvaltimotukos Sydämen toiminnanvaja Aivohalvaus TIA	37,7 3,4 % 32 %
VIII	Hengityselinten taudit Astma	1,4
IX	Ruoansulatuselimistön sairaudet	1,0
X	Virtsan- ja sukuelinten taudit Eturauhasen liikakasvu	
XII	Ihon taudit	
XIII	Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	2,9
XVII	Tapaturmat Kynärvarren murtuma Kylkiluun murtuma Olkavarren sijoiltaanmeno	3,9

Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriöt voivat kehittyä äkillisesti vaikein oirein tai hitaasti oireiden kehittyessä portaittain. Tavallisimmin kehittyy aivoverisuonitukos vastaavine aivokudosvaurioineen (noin 60 %:ssa) tai aivoverenvuoto (noin 30 %:ssa). Kehittynyt aivovaurio johtaa tavallisesti aivoperäiseen toispuoleiseen halvaukseen. Lisäksi esiintyy tasapainohäiriöitä, näkökenttäpuutoksia ja myöhäisvaiheessa epilepsiaa. Mentaaliset muutokset ovat tärkeitä. Kielellisiä häiriöitä (afasiaa) esiintyy noin kolmasosalla, tunne-elämä herkistyy ja mieliala on masentunut ja koko aivotoiminta on vajavaista ja hidasta vastaavine vaikutuksineen psyykkisiin kykyihin. Kuntoutuksen aikana tapahtuu huomattavaa toipumista, osin riippuen vaurion laajuudesta, mutta yleensä jää huomattavaa avuttomuutta pysyvästi jäljelle. Kuntoutustoimenpiteet ovat vaativia ja työläitä. Niihin kuuluu perushoidon lisäksi mm. fysio- ja puheterapia, psykososiaalisten näkökohtien huomioon ottaminen, kotihoidon järjestäminen, päiväsairaanhoito sekä toistuvat hoito- ja kuntoutusjaksot omaisten työpaineen helpottamiseksi. Alkuvaiheen kuntoutus on yleensä pitkäkestoista, noin 2-3 kuukautta kestävää kuntoutusta.

Iän lisääntyessä vanhusväestössä sairastuvuus aivohalvauksiin lisääntyy taulukon 16 mukaisesti.

Taulukko 16. Aivohalvaukseen sairastuneiden määrät tuhatta miestä kohden Espoon-Kauniaisten alueella vuosina 1972-73 (Aho, 1975)

Ikäryhmä, vuotta	Sairastuneet/1 000 miestä
55 - 64	5
65 - 74	12
> 75	27

Sairastuneista kuolee kolmen kuukauden aikana sairastumisesta noin 40 %, mutta vuoden kuluttua on elossa noin 50 %. Elossa olevien määrä on viiden vuoden kuluttua noin 30 % ja kymmenen vuoden kuluttua 14 % (Robinson, 1968, sit. Simonen).

Muut aivoverenkiertohäiriöt ja aivovauriot vanhuksilla

Hitaasti vähäisin portain pahentuvat aivoverenkiertohäiriöt johtavat lieviin halvauksiin ja ennenmuuta mentaalisiin muutoksiin. Tapahtuu lieväästeista tylsistymistä, persoonallisuuden heikkouksien korostumista ja psyykkisten kykyjen heikentymistä. Oireiden kulku voi kestää vuosikausia ja johtaa huomattavaan avuttomuuteen. Juuri mentaalisia muutoksia omaisten ja lähiympäristön on vaikeata kestää ja tällöin esitetään runsaasti vaatimuksia saada sairas laitoshuoltoon. Yli 80-vuotiailla todetaan melko yleisesti aivojen kutistumaa (atrofiaa), joka aiheuttaa edellämainitun tyyppisiä oireita ja heikentää kykyä selviytyä sosiaalisesti.

Tylsistyminen

Vanhuksista noin 10 % sairastaa tylsistymistä. Noin puolet näistä sairastaa tylsistymisen lievää muotoa ja toinen puoli vaikeata. Tylsistymiselle oleellista on lievissäkin muodoissa vaikea muistihäiriö, persoonallisuuden latistuminen, aloittekyvyttömyys, hidastuneisuus eikä potilas mm. usein tiedosta sairauttaan ja avuttomuuttaan, vaan vaatii kotihoitoa ja on itsekeskeinen ja lapsenomainen. Sairauden pitkälle edistyneissä muodoissa todetaan sekavuutta ajan ja paikan suhteen, kielellisiä häiriöitä ja abstraktisen ajattelukyvyyn menetystä. Sairauden alkuvaiheeseen sijoittuvat usein vaikeat ahdistus- ja tuskatilat sekä vainoajatuksia, kun potilas alkaa huomata, ettei hän enää hahmota ympäristöään ja menettää otteensa siihen. Tylsistyneiden, lievienkin kotihoito on usein erittäin vaikeaa ja omaisten kannalta hyvin ahdistavaa.

Tylsistymisen syynä noin 40-50 %:ssa on aivokudoksen rappeutuminen (Alzheimerin tauti), jonka aineenvaihdunnallista taustaa ei tunneta ja joka johtaa muutamassa vuodessa (3-7 vuodessa) suuriasteiseen avuttomuuteen ja kuolemaan. Tylsistymisen muita syitä ovat juuri aivoverenkiertohäiriöt (40 %:ssa) sekä eräät muut aivosairaudet (20 %:ssa). Taulukosta 17 voidaan todeta tylsistymisen yleistyvän ikääntymisen edistyessä.

Taulukko 17. Tylistymisen esiintyminen vanhuksilla ikäryhmittäin (Kay ym. 1970, sit. Simonen)

Ikäryhmä, vuotta	Tylistyneiden määrä, %
65 - 69	2
70 - 74	3
75 - 79	6
> 80	22

Vanhuusiän psykiatrinen sairastaminen on huomattavan runsasta. Eri tutkimusten mukaan psykiatrisia häiriöitä vanhuksista esiintyy noin 15-25 %:lla. Yli puolet häiriöistä on neuroottistasoisia ahdistus- ja masennustiloja, jotka usein ovat monioireisuuden ja huonokuuloisuuden taustatekijöitä. Katkeroituuneisuus, ärtyisyys ja eristäytyneisyys ovat tavallisimmin todettavia oireita ja ne johtavat usein mm. kuntoutus- ja hoitohaluttomuuteen. Vanhusten psyykkisten häiriöiden hoidettavuutta on korostettu ja on painotettu, että hoidon avulla vanhusta pyritään sopeuttamaan muuttuneeseen elämäntilanteeseen ja herättämään aktiivisuutta sosiaaliseen kanssakäymiseen (Harenko, 1976).

3.4. Sotainvalidien yleinen terveydentila

Iän myötä sotavammaisten yleissairaudet ovat lisääntyneet kuten muunkin väestön. Hakalan vuosina 1972-74 vähintään 50 %:n aivoinvalidien terveydentilaa koskevassa postikyselyssä vastanneita oli 349 ja heistä 74 % ilmoitti sairastavansa yleissairauksia. Hännikäisen haastattelututkimuksessa vuonna 1975 70 % ilmoitti itsellään olevan lääkärin toteaman siviilissä saadun vian. Tutkimusaineistoon kuului yhteensä 483 sotainvalidia. Sairastavuus lisääntyi selvästi 60-64 vuoden iässä. Vamman vaikeuden lisääntyessä vuoteessa vietettyjen sairaspäivien lukumäärä lisääntyi (taulukko 18).

Taulukko 18. Sotavamman vaikeusasteen suhde vuoteessa vietettyjen sairauspäivien keskiarvoon vuonna 1974 (Hännikäinen, 1982)

In validiteetti- prosentti	Vuoteessa vietettyjen sairauspäivien keskiarvo vuonna 1974
10 - 25	21,3
30 - 45	26,2
50 - 100	31,7

Vaikeavammaisat joutuivat siis olemaan vuodehoidossa vuonna 1974 noin 50 % enemmän päiviä kuin lievavammaisat. Vaikeavammaisat olivat keskimäärin noin kuukauden edellämainitun vuoden aikana vuodepotilaina. Lisäksi on todettava, että vaikeavammaiseksi luokittelu (50 - 100 %) on luokkana melko väljä, jolloin luokan molemmissa ääripäissä vammat ovat vaikeusasteeltaan huomattavasti toisistaan eroavia. Tässä luokassa hajonnat olivat suuret verrattuna lievavammaisten ryhmään viitaten vaikeavammaisten huomattaviin vaihteluihin vuodelevon tarpeessa. Erot taulukon keskiarvojen välillä olivat erittäin merkitseviä.

Hännikäisen aineistossa lisäksi 26 % sotainvalideista oli ollut sairaalahoidossa, heistä yli 100 päivää viisi sotavammaista. Vaikeavammaisista sairaalahoidossa oli ollut 31 % ja sotavammansa vuoksi lääkärissä oli käynyt 60 %.

Sotainvalideilla olevien yleissairauksien esiintyvyyttä prosenttiyksiköin on käsitelty taulukossa 19 Hakalan (1972 - 1974), Timosen ym. (1979) sekä Huittisen ja Hiltusen (1983) tutkimustulosten mukaan. Hakalan tutkimuksella, joka perustui postikyselyyn, on vain suuntaa antava merkitys. Se on tehty jo yli 10 vuotta sitten ja käsitti vain vähintään 50 %:n aivoinvalidit.

Taulukko 19. Sotainvalidien yleissairauksien esiintyvyys, %

Yleissairaus	Tutkija ja tutkimusajankohta		
	Hakala 1972,-74	Timonen ym. 1974,-75,-77	Huittinen ym. 1981,-82
I C D - LUOKITUS	%	%	%
II Pahanlaatuiset kasvaimet	3,7	2	4
III Umpieritys- ja aineen- vaihduintasairaudet	4,6		12
Sokeritauti		6	
Tablettihoitoinen			
Dieettihoitoinen			
Insuliinihoitoinen			
IV Veren taudit	0,6	2	-
VMielenterveyden häiriöt	-	-	7
VI Hermoston ja aistimien taudit	2,9	10	7
Epilepsia			
Viherkaihi			
Huonokuuloisuus (kuulolaite)			
VII Verenkiertoelinten sairaudet	28,1	61	-
Krooninen reumaattinen sydänsairaus	-	-	1
Verenpainetauti	-	-	21
Iskeeminen sydänsairaus	-	-	41
Sydämen toiminnanvaja- us	-	-	23
Alaraajojen tukitseva valtimosairaus	-	-	15
Aivoverisuonien sairaus	-	-	9
VIII Hengityselinten taudit	8,9	19	26
Keuhkolaajentuma	5,1	15	15
Astma			
Keuhkotbc:n jälkitila			
IX Ruoansulatuselimistön sai- raudet	5,1	15	15
X Virtsa- ja sukuelinten taudit	2,6	22	9
XII Ihon taudit	0,5	-	7
XIII Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	15,2	21	-
Nivelrikko alaraajoissa			31
Yläraajan nivelen merkittävä liikerajoitus			23
Krooninen kipuselkä			38
Vaikea niska-hartiakivun oireyhtymä			17
Nivelreuma			3

Timosen ym. tutkimus on tuoreempi. Sen aineistona oli eräiden Pohjois-Suomen kuntien veteraanit ja sotainvalidit koko aineiston ollessa 1 421 miestä, näistä sotainvalideja oli 174. Tässä kenttätutkimuksessa kaikille suoritettiin lääkärin-tutkimus. Terveitä oli vain 9 %. Uusia sairauksia todettiin 28 %:lla. Tutkimus oli sisätautilääkäreiden ohjaama ja näinollen painotteinen tälle erikoisalalle. Mielenterveysongelmia mm. ei diagnosoitu, mutta aikaisemmin todetut hermo- ja mielitaudit liitettiin kohtaan "muut sairaudet", joita oli 26 %.

Huittisen ja Hiltusen tutkimus käsitti Kyyhkylän ja Punkaharjun kuntoutussai-raaloissa 15.10.81 - 15.4.82 välisenä aikana hoidetut 1122 potilasta. Aineisto oli siis kuntoutussairaalaan valikoitunutta potilasainesta, missä sisätautien erikoisala ja ortopedia olivat korostetusti edustettuina. Kuitenkin mm. paina-jaisunia ja psyykkisiä häiriöitä todettiin 27 %:lla. Kuntoutuksen aikana todet-tiin 7 %:lla hoitoa ja jatkotutkimuksia vaativia uusia sairauksia.

Timosen ym. sekä Huittisen ja Hiltusen aineistojen sairastavuus oli huomatta-van korkeata ja toisiaan vastaavaa, jopa psyykkisten häiriöiden määrät olivat lähellä toisiaan, 26 % ja 27 %. Hakalan aineisto osoitti sairastavuuden lisääntyneen voimakkaasti 10 viime vuoden aikana, vaikka eroa oli myös tutkimusme-todissa ja materiaalissa. Purolan ja Ruikan tuloksiin (taulukko 13) nähden sairastuvuus verenkierroelinten sairauksiin oli noin kaksinkertainen ja myös ruoansulatus ja hengityselimistöön sairauksiin puolitoista-kaksinkertainen sotavammaisilla. Mentaalisten häiriöiden yleisyys sotavammaisilla vastasi muita epidemiologisia selvityksiä ja niiden vähäisyys mm. Purolan ym. tutki-muksissa selittyi siitä, että tutkimuksessa käytettiin haastattelumetodia. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että sotainvalidien sairastavuus on vähintään samaa luokkaa kuin muun väestön, ehkä jonkin verran suurempaakin. Varmoja epidemiologisia eroja ei todettu tutkimusten rajoittuneisuuden vuoksi.

3.5. Sotainvalidien avuttomuus ja sen tuleva kehitys

Hakalan tutkimuksessa potilasaineiston ollessa aivoinvalideja vuonna 1972 - 1974 vain 12 % ilmoitti tulevansa toimeen ilman mitään apua. Auttajana toimi useinmiten lähiomainen. Kuopion ja Mikkelin lääninhallitusten sotainvali-ditutkimuksissa avuttomuutta todettiin seuraavasti (taulukko 20):

Taulukko 20. Päivittäisissä toiminnoissa apua tarvitsevien sotainvalidien osuudet, % vuonna 1982 (Mikkelin lääninhallitus, Kuopion lääninhallitus, 1982)

Toiminto Invaliditeetti	tilapäinen, %		jatkuva, %	
	Mikkeli	Kuopio	Mikkeli	Kuopio
<u>Pukeutuminen</u>				
kaikki	9	10	3	5
≥ 50 %	16		5	
80 - 100 %	25		13	
<u>Ruokailu</u>				
kaikki	4	4	2	3
≥ 50 %	7		4	
80 - 100 %	15		9	
<u>Peseytyminen</u>				
kaikki	9	9	3	5
≥ 50 %	16		6	
80 - 100 %	25		11	
<u>WC:ssä käynti</u>				
kaikki	2	3	1	2
≥ 50 %	3		2	
80 - 100 %	8		6	
<u>Liikkuminen sisällä</u>				
kaikki	2	3	1	1
≥ 50 %	5		1	
80 - 100 %	9		3	
<u>Liikkuminen ulkona</u>				
kaikki	6	7	2	4
≥ 50 %	9		3	
80 - 100 %	15		7	
<u>Asioiminen</u>				
kaikki	9	10	6	8
≥ 50 %	13		10	
80 - 100 %	34		27	
<u>Siivous</u>				
kaikki	19	18	21	23
≥ 50 %	24		40	
80 - 100 %	14		48	

Edellämainitut tutkimustulokset perustuivat vuonna 1982 suoritettuihin selvittelyihin. Päivittäisissä perustoiminnoissa (pukeutuminen, syöminen, sisällä liikkuminen ja henkilökohtainen hygienia) tilapäistä avuntarvetta oli koko aineistossa lähes 10 %:iin asti ja pysyvää avuntarvetta koko aineistossa 1-5 %:ssa. Vähintään 50 %:n haitta-asteen omaavilla avuntarve lisääntyi vastavissa toiminnoissa lähes kaksinkertaiseksi ja 80 - 100 %:lla tilapäinen avuntarve oli 9 - 25 % jatkuvan avuntarpeen ollessa 3 - 13 %.

Ulkona liikkumisessa, asioimisessa ja siivouksessa avuntarve oli tilapäistä koko aineistossa 6 - 19 %:ssa ja jatkuvaa 2 - 21 %:ssa. Vähintään 50 %:n invalideilla tilapäistä avuntarvetta oli 9 - 24 %:lla ja jatkuvaa 3 - 40 %:lla. 80 - 100 %:n invalideilla tilapäistä avuntarvetta oli 15 - 34 %:lla ja jatkuvaa tarvetta 7 - 48 %:lla. Avuntarve oli siis huomattavaa koko aineistossa, kun keski-ikä oli tutkimusajankohtana 65 vuotta ja lähes toinen puoli tutkittavista ei ollut vielä saavuttanut vanhuusikärajaa eli 65 vuotta. Avuntarve lisääntyi moninkertaiseksi vamman vaikeutuessa.

Huittisen ja Hiltusen kuntoutuslaitosmateriaalissa 22 % potilaista oli päivittäisen avun tarpeessa eikä tähän voitu juuri vaikuttaa kuntoutuksella.

Ei ole luotettavaa epidemiologista selvitystä siitä, että sotavammaisten sairastuvuus yleissairauksiin poikkeaisi muusta väestöstä. Psykkiset häiriöt, keskushermoston sairaudet ja tylsistyminen ovat sotainvalidinkin kohdalla haittaavimpia sairauksia, mutta ne aiheuttavat muuhun väestöön nähden vielä suurempaa avuttomuutta, koska varsinkin tuntevan sotavamman saaneella toimintareservit ovat vamman ja ikääntymisen vuoksi vähäiset.

Aivohalvaukseen sairastuneiden vähintään 30 %:n työkyvyttömyysasteen omaavien ennustetut lukumäärät vuosittain vuoteen 1999 mennessä on esitetty seuraavassa taulukossa.

Taulukko 21. Aivohalvauksiin sairastuvien vähintään 30 %:n sotainvalidien määrä vuosittain 1984 - 1999 (Aho, 1975, tapaturmaviraston ennusteet sotainvalidien lukumäärästä)

Vuosi	lukumäärä/vuosi
1984	136
1989	285
1994	137
1999	111

Kun otetaan huomioon aivohalvauspotilaiden ennuste, niin aikaisemmin esitettyjen perusteiden mukaan maassamme tulee olemaan vuonna 1989 kaikkiaan noin 500 aivohalvaukseen vuosina 1984 - 1989 sairastunutta, elossa olevaa ja vähintään 30 %:n haitta-asteen omaavaa sotainvalidia.

Tylsistyneitä arvioidaan olevan vuonna 1989 vähintään 30 %:n sotainvalidiryhmässä noin 1 700 - 1 800, joista lievempiasteista tylsistymistä esiintynee 800 - 900:lla (Kay, 1970, tapaturmaviraston ennusteet sotainvalidien lukumäärästä). Psykkisiä häiriöitä esiintynee vähintään samassa määrin kuin muullakin väestöllä. Huittisen ja Hiltusen tutkimusaineistossa psyykenlääkkeitä käytti 7 % ja sodasta aiheutuvia mielenterveyshäiriöitä esiintyi 27 %:lla.

3.6. Sotainvalidien laitoshuoltoon vaikuttavien tekijöiden tarkastelua

Sotainvalidien lukumäärä pysyy huomattavan suurena vuosituhaten lopulle saakka, jolloin heidän kokonaislukumääränsä vielä on noin 13 700 ja keski-ikä lähenee 80 vuotta. 1990-luvulla 75 vuotta täyttäneiden lukumäärä nousee noin 13 000:een, kun heitä vuonna 1984 on noin 4 800 (kuvio 2).

Sotavammojen laatu vaihtelee erityisvammaryhmineen hyvin runsaasti ja vamman lääketieteellinen haitta-aste ilmaisee vamman aiheuttamaa keskimääräistä anatoomista ja toiminnallista haittaa. Sotavammaisista noin puolet on vähintään 30 %:n invalideja, vähintään 50 %:n invaliditeetti on 9 140:llä vähintään 80 %:n haitta-aste 2 480:llä ja 100 %:n noin 1 000:lla. Lääketieteellisesti on 30 - 65 %:n vammoja kutsuttu keskivaikeiksi ja vähintään 70 %:n haitta-astetta olevia vaikeiksi. Vuonna 1984 arvioidaan vaikeita vammoja olevan noin 3 800:lla ja keskivaikeita noin 17 300:lla.

Sotavammojen aiheuttama toimintakyvyn heikentyminen on suhteessa vamman vaikeuteen. Erityisesti huomattavan keskushermostovamman saaneilla on vaikeuksia korvata vammansa aiheuttamat haitat. Vaikeavammaisten tila on herkästi järkkövä tasapainostaan ja sille on ominaista tilan huononeminen ja uudelleen korjaantuminen.

Sotavammojen pitkäaikaisvaikutukset, etenkin vaikeiden vammojen, ovat moninaisia ja aiheuttavat liitynnäissairauksia, jotka ilmenevät eri elinjärjestelmien sairauksina. Lisäksi, etenkin vaikeat vammat, voivat jatkuvasti pahentua (mm. vaikeat aivovammat).

Sotavammaisten vanheneminen heikentää heidän elimistönsä suorituskykyä tuntuvasti, mikä etenkin huomattavan vamman saaneilla voi johtaa toimintakyvyn jatkuvaan heikentymiseen.

Sotavammaisten sairastuvuus vastaa vähintään muun väestön sairastuvuutta. Heillä on todettu yleissairauksia aina 90 %:iin saakka ja sairaudet ovat samoja kuin muullakin väestöllä. Kuitenkin keskivaikean ja vaikean sotavamman saaneella on heikommat mahdollisuudet kompensoida uusien sairauksien aiheuttamaa haittaa kuin muulla väestöllä. Vamman vaikeutuessa mm. vuoteessa vietettyjen sairaspäivien lukumäärä vuodessa nousee ollen mm. 50 - 100 %:n invalideilla noin 32 päivää vuonna 1974.

Toimintavajavuuden kannalta keskeisiä sairauksia ovat keskushermoston verenkiertohäiriöt, tylsistyminen sekä psyykkiset häiriöt. Sotavammaiset ovat alttiita joutumaan poikkeuksellisen vaikeaan toimintavajavuuteen, kun vaikeavammaisen sairastuu muutenkin huomattavaa toimintavajavuutta aiheuttavaan uuteen sairauteen. Lisäksi suhteellisen hyvin vammansa kompensoinut sotainvalidi voi uuden lisäsairauden tai vamman vuoksi, josta aikaisemmin terve selviytyy suhteellisen hyvin joutua huomattavaan avuttomuuteen. Näin voi käydä mm. alaraaja-amputoidulle, joka sairastuu terveen jalkansa verenkiertohäiriöihin, jotka johtavat jalan menetykseen tai hän kaatumisen seurauksen saa reisiluun kaulan murtuman.

Yleissairauksien kehittyminen ikääntyneellä tuntuvan sotavamman saaneella johtaa usein psyykkisiin häiriöihin, joista yleisimpiä ovat masennustilat. Tämä vaikeuttaa kuntoutusta ja jopa invalidien hoitoon hakeutumista.

Sotainvalidien avuttomuus tässä vaiheessa on koko aineiston osalta päivittäisissä toiminnoissa noin 10 %:lla, mutta 80 - 100 %:n invalideilla 30 - 40 %:lla. Tämä vastaa sotainvalidien nykyhetken toimintakyvyn heikentymistä, kun ikärakenne on vielä edullinen. Ikärakenteen jatkuva muutos lisää avuttomuutta aiheuttavien sairauksien esiintymistä. Uusien sairauksien aiheuttama avuttomuus kehittyi tällöin suhteellisen nopeasti ja on vaikea-asteista, ja sen hoitamiseen eivät avohoidon palvelut useinkaan ole riittäviä.

Muun vanhusväestön avuntarve päivittäisissä toiminnoissa vaihtelee eri tutkimusten mukaan ja sitä esiintyy 10 - 47 %:lla. Maamme vanhusten lukumäärä on nopeasti kasvamassa. Heistä on laitoshoidossa vajaat 9 % ja maamme sairaaloiden hoitopäivistä he käyttävät yli puolet, mm. terveyskeskusten

vuodeosastopaikoista 82 % ja kunnalliskotien sairausosastoista 90 % vuonna 1980. Laitoshuoltotarve moninkertaistuu iän lisääntyessä, mihin tulokseen on päädytty verrattaessa vanhusten eri ikäryhmien laitoshuoltotarvetta keskenään. Erityisesti 75 - 80 vuoden iässä laitoshuoltotarve kasvaa.

3.7. Laitoshuoltoa vaativan sotainvalidin tarpeista

Tavallisimmat laitoshuoltoa vaativat syyt ovat seuraavat:

- vaikea sotavamman ja sairaus ja sen pahentuminen
- vaikeaan sotavammaan ja sairauteen liittyvät muut sairaudet, joiden aiheuttama lieväkin lisähaitta heikentää suuresti selviytymiskykyä
- keskivaikean vamman saanut sairastuu muihin, huomattavaa toimintavajavuutta aiheuttaviin sairauksiin
- psyykkiset häiriöt ovat erittäin merkittäviä ja niiden sosiaaliset vaikutukset ovat samoin merkittäviä
- vaikeavammaisen tai vaikeasti sairastuneen sotavammaisen sosiaaliset tekijät kuten vaimon terveys ja halu hoitaa sotainvalidia, asunto- ym. olosuhteet, tukipalvelut

Laitoshuollon sisältöön kuuluu mm.:

- että laitoshuoltoa voitaisiin antaa pysyvästi tai aikaan nähden rajattuna eli jaksottaista laitoshuoltoa
- että toiminnan tulisi keskittyä juuri kuntoutukseen, aktiiviin ja vireään toimintaan sekä potilasvaihtoon
- että perussairaanhoidon tason tulee olla hyvä ja sitä voidaan antaa koko vuorokauden ajan
- että terveydentilan seurantaan vaadittavat tutkimukset voidaan teettää lähietäisyydellä
- fysikaalinen hoito
- liikunta hoitomuotona (ohjattu), omaehtoinen liikunta
- askartelu- ja harrastustoiminta
- sosiaalihuoltajan palvelut

Laitoshuoltoa tulisi antaa tasapuolisesti koko maan alueella ja kunkin laitoksen toimintasuunnitelmaan tulisi kuulua alueensa sotavammaisten terveyspalveluiden tarpeen selvittelyä ja koordinoita ja täydentää yleisen terveydenhuoltojärjestelmämme niitä palveluita, jotka kohdistuvat sotavammaisiin. Yleiselle terveydenhuollolle tulisi ensisijaisesti vastuu avohoidosta, diagnostiikasta ja perushoitoa vaativammasta hoidosta.

Edelläkuvatun toimintasuunnitelman mukaista laitosta voitaisiin nimittää sairaskodiksi. Sairaskodissa olisi pääasiassa seuraavanlaisia potilaita:

1. Pitkäaikaisessa laitoshuollossa olevia vaikeavammaisia tai vaikeasti sairaita
2. Kuntoutuksen ja jaksottaisen laitoshuollon tarpeessa olevia, myös vaikeavammaisten sotainvalidien kuntoutettavana olevia vaimoja
3. Osa-aikaisessa laitoshuollossa olevia

Laitoshuollon tarvearviot

Sintosen tutkimuksessa (1978) 21 % vanhuksista oli pitkäaikaissairaita. Pitkäaikaissairaus määriteltiin kuten jo aikaisemmin on mainittu niin, että se aiheutti sairaanhoidon tarvetta yli 3 kuukauden ajan vuoden aikana sairaalassa, kunnalliskodin yleisessä osastossa, yksityisessä vanhainkodissa tai vastaavassa laitoksessa tai valvotun kotisairaanhoidon asiakas sai sentakia avustamis- ja hoitotoimenpiteitä useita kertoja viikossa. Pitkäaikaissairaista oli vajaat 9 % (koko vanhusväestöstä) laitoshoidossa ja vajaat 13 % avohoidossa. Läänien välillä ei ollut merkittäviä eroja. Yli 75-vuotiaita oli 57 %, kun heidän osuutensa vanhusväestöstä oli vain 32 %. Lisäksi koko väestön vähintään 75-vuotiaista oli 8 % vuoteeseen hoidettuja. Luvut ovat huomattavan korkeita.

Geriatrian asiantuntijatyöryhmän mietinnössä (1982) on todettu, että valtakunnallisissa suunnitelmissa (1977) on perushoidon sairaansijatarpeeksi arvioitu keskimäärin 5 sairaansijaa 1 000 asukasta kohden, joista 4 tarvitaan pitkäaikaissairaille ja yksi äkillisesti sairastuneille. Sairaansijojä oli vuonna 1980 terveyskeskuksissa ja kunnalliskotien sairausosastoissa 32 sairaansijaa 1 000 vanhusta kohden. Mielisairaaloitten sairaansijojä ei otettu huomioon. Vanhusväestön hoitopäivien käytöstä vuonna 1980 tuli 27 % mielisairaaloitten ja kunnalliskotien mielisairasosastoitten osalle.

Maamme kaikista laitospaikoista oli vuonna 1978 pitkäaikaissairaiden vanhusten hallussa lähes puolet, 48 % (taulukko 25, luku 4.1.). Heidän osuutensa oli kunnallisissa vanhainkodeissa 87 % ja terveyskeskusten vuodeosastoitten paikoista 70 %. Uudellamaalla tämä osuus oli terveyskeskuspaikoista 88 % ja pienimmillään Lapin läänissä, 58 % (Sintonen 1978). Kun maamme vanhusten lukumäärä on nopeasti lisääntymässä (kuvio 3, luku 2.4.2.), niin pitkäaikaissairaanhoidoon varatut paikat ovat ylikuormitettuja ja tilanteen arvioidaan pahenevan lähivuosina.

Huittisen ja Hiltusen tutkimuksessa henkilökunnan arvion mukaan kuntoutuspotilaista oli laitoshuollon tarpeessa 9 - 10 %. Laitoshuollon tarve johtui 5 %:lla lääketieteellisistä syistä ja 4 %:lla sosiaalisista syistä. Aivohalvaus oli lääketieteellisistä syistä tärkein laitoshuoltoon johtava tekijä, muita vastaavia sairauksia tai niiden yhdistelmiä ei todettu merkittäviksi laitoshuoltoon johtaviksi. On todettava, että materiaali on valikoitua kuntoutuslaitosaineistoa.

Kansaneläkelaitoksessa (Gustafsson, 1983) laaditun selvityksen mukaan sotainvalidien laitoshoidoitus tulee lähivuosina jyrkästi kasvamaan heidän ikärakenteensa vanhenemisen takia. Selvityksessä oli vuonna 1983 tutkittu kaikkiaan 863 sotavammaisen laitoshuoltotarvetta ja verrattu sitä muihin miespuolisiin ns. omaeläkkeensaajiin. Kummastakin tutkimusaineistosta on taulukossa 22 laskettu laitoshoitotapausten väestöosuudet ja lopuksi vielä näiden molempien ryhmien keskiarvot.

Taulukko 22. Laitoshoitotapausten väestöosuudet vuosina 1980 ja 1982 (Gustafsson, 1983)

Ikä, vuotta	Sotavammaiset	Kaikki miehet	Keskiarvo
55 - 64	1.3	1.4	1.3
65 - 74	3.1	3.2	3.2
75 -	6.4	9.8	8.1
Yhteensä	2.7	3.0	2.8

Selvityksessä ehdotetaan, että sotainvalidien laitoshoidoituksen ennusteena käytetään kaikkien vastaavanikäisten miesten laitoshoidoitusprosentteja. On kuitenkin otettava huomioon, että selvityksessä sotainvalideja on käsitelty yhtenä ryhmänä niin, että lievät vammat vähentävät vaikeavammaisten ja erikoisvammaryhmiin kuuluvien tarpeita. Selvityksen ehdotuksen mukaisesti sovellettaessa "kaikkien miesten" laitoshoitotapausten väestöosuuksia tapaturmaviraston ikäryhmittäiseen lukumääräennusteeseen saadaan laitoshoitotapausten (pitkäaikaissairaanhoidon kestänyt yli 3 kk) lukumääräksi vuosina 1984, 1989, 1994 ja 1999 taulukossa 23 esitetyt luvut.

Taulukko 23. Sotainvalidien arvioitu laitoshoitotapausten (pitkäaikainen) lukumäärä (vähintään 30 %:n haitta-aste)

Vuosi 1984	1989	1994	1999
1.4%-8374=117	1.4%-752=11	-	-
3.2%-10342=331	3.2%-12153=389	3.2%-6110=196	3.2%-451=14
9.8%-2448=239	9.8%-4446=436	9.8%-5802=569	9.8%-6351=622
Yhteensä 687	836	765	636

Laskentaperusteena käytetyt laitoshoitotapausten väestöosuudet ovat keskiarvoltaan (3 %) huomattavan pienet verrattuna esimerkiksi Sintosen tuloksiin (vajaat 9 %).

Kuopion ja Mikkelin lääninhallitusten tutkimuksissa yli puolet vastanneista (kaikki sotainvalidit kuuluivat materiaaliin) ei osannut sanoa mitään tulevasta laitoshuoltotarpeestaan, mutta noin 10 % arvioi tarvitsevansa sitä tulevaisuudessa. Luku on huomattavan korkea ja kuvaa avuttomuutta ja sen hidasta kehitystä. Enemmistölle laitoshuoltotarve kehittyi nopeasti uuden akuutin sairastumisen takia.

Sotavammaisten laitoshuoltotarpeesta on vaikea esittää arvioita, joissa tulisi ottaa huomioon sotavammojen ja erityisvammaryhmien haitat ja niiden kehitys, yleinen sairastavuus ja yleissairauksien merkitys juuri sotavammaisella, haittojen mahdollinen vaikutus sekä eräiden sosiaalisten tekijöiden merkitys. Näitä tekijöitä analysoiden voitaisiin esittää huomattavasti korkeampiakin arvioita laitoshuoltopotilaiden määrästä. Ennalta ehkäisemiseksi laitoshuoltoon joutumisen kannalta tulisi kehittää vaikeavammaisten kuntoutusta, määräaikaista laitoshuoltoa ja avohoitoa sekä soveltuvin osin järjestää päiväsaairaalityypistä toimintaa. Näihin tehtäviin sairaskodin tulisikin varautua 1/3 - 1/2 kapasiteetillaan.

Taulukon 23 laskelman mukaan pitkäaikaisten laitoshuoltopotilaiden määrä (prevalenssi) tulee vuosituhatlukuun loppuun asti olemaan 650 - 850. Kun sairauskotien paikoilla lisäksi annetaan kuntoutusta ja periodihoitoa, niin sairauskoti- paikkojen minimimäärä on 1 000 paikkaa.

4. SOSIAALI-JA TERVEYDENHUOLLON PITKÄAIKAISHOITO

4.1. Pitkäaikaissairaiden vanhusten lukumäärä ja laitoksiin jakautuminen vuonna 1978

Vuoden 1977 lopussa oli vanhusten lukumäärä koko maassa noin 530 000 henkilöä, vastaava luku vuonna 1980 oli noussut jo lähes 580 000:een. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1978 suorittaman pitkäaikaisesti sairaiden vanhusten hoidon tilaa maassamme koskevan kartoituksen mukaan oli pitkäaikaissairaita vanhuksia 1.3.1978 yhteensä noin 110 000 henkilöä eli 21 % kaikista vanhuksista (Sintonen, 1978). Tämän mukaan joka viides vanhus olisi vuonna 1978 ollut pitkäaikaisesti sairas.

Pitkäaikaissairaiden yli 64-vuotiaiden vanhusten lukumäärä lääneittäin on vaihdellut melko suuresti. Alhaisin se on ollut Turun ja Porin sekä Keski-Suomen lääneissä, kummassakin 16 % ja korkein Mikkelin sekä Oulun ja Lapin lääneissä, noin 30 % - 32 % (taulukko 24).

Pitkäaikaissairaat vanhuset jakautuivat avohoitoon ja laitoshoidon siten, että avohoidossa olevien osuus kaikista yli 64-vuotiaista pitkäaikaissairaista vuonna 1978 oli 59 % (eli 12 % vanhuksista) ja laitoshoidossa 41 % (eli vajaat 9 % vanhuksista). Avohoidossa olevia pitkäaikaissairaita oli siis yhteensä noin 65 000 henkilöä laitoshoidossa olevien lukumäärän ollessa vastaavasti lähes 45 000 henkeä.

Taulukko 24. Pitkäaikaissairaiden vanhusten jakautuminen avo- ja laitoshoidon lääneittäin vuonna 1978 (Sintonen, 1978)

Lääni	Avohoidossa		Laitoshoidossa		Yhteensä	
	luku	%	luku	%	luku	%
Uudenmaan	10 984	52,9	9 767	47,1	20 751	17,6
Turun ja Porin	7 200	50,3	7 117	49,7	14 317	16,1
Hämeen	8 549	56,9	6 475	43,1	15 024	19,2
Kymen	6 307	63,7	3 597	36,3	9 904	23,6
Mikkelin	3 995	62,2	2 424	29,2	6 419	24,7
Pohjois-Karjalan	3 505	67,2	1 711	32,8	5 216	26,3
Keski-Suomen	2 328	52,6	2 095	47,4	4 423	16,3
Kuopion	4 643	63,8	2 630	36,2	7 273	26,5
Vaasan	6 464	60,7	4 184	39,3	10 648	21,1
Oulun	7 260	67,2	3 548	32,8	10 808	30,5
Lapin	3 449	72,2	1 325	27,8	4 774	30,1
Koko maa	64 684	59,7	44 873	41,0	109 557	20,7

Laitoshoidossa olevat pitkäaikaissairaat ovat avohoidon pitkäaikaissairaita selvästi vanhempia. Lisäksi laitoksessa olevien pitkäaikaissairaiden sekä absoluuttinen määrä että suhteellinen osuus vanhusväestöstä on noussut huomattavasti. Laitoshoidossa olevat pitkäaikaissairaat ovat myös avohoidossa olevia pitkäaikaissairaita selvästi vaikeampia ja työlämpiä hoitaa.

Kuten aikaisemmin on jo mainittu, oli kaikista laitospaikoista pitkäaikaisesti sairaiden vanhusten hallussa lähes puolet kaikista maamme laitospaikoista vuonna 1978. Taulukosta 25 selviävät yksityiskohtaisesti laitospaikkojen määrät lääneittäin vuonna 1977 sekä pitkäaikaissairaiden osuus hoidettavista vuonna 1978.

Taulukko 25. Laitospaikkojen määrä vuonna 1977 ja pitkäaikaissairaiden osuus,% hoidettavista vuonna 1978 (Sintonen, 1978)

Laitostyyppi	Uusi- maa	Turku ja Pori	Häme	Kymi	Mikkeli	Pohj.- Karjala	Keski- Suomi	Kuopio	Vaasa	Oulu	Lappi	Koko maa
Yliop. keskus- sairaala tai keskussairaala %	3 005 9,9	1 497 10,9	1 729 10,6	779 10,7	604 6,8	660 13,6	811 13,2	786 9,2	1 158 14,3	1 513 6,2	803 10,6	13 146 10,3
Aiuesairaala %	448 18,3	803 22,4	647 32,6	243 37,4	128 10,2	- -	126 19,8	296 12,2	403 16,6	120 34,2	80 23,8	3 294 23,2
Paikallis- sairaala %	1 940 32,6	181 32,6	- -	89 32,6	90 -	- -	- -	- -	- -	113 69,9	- -	2 413 33,5
Terv. keskuksen vuodeosasto %	867 88,4	1 672 66,9	2 061 70,4	1 009 69,3	548 83,4	516 71,5	754 59,7	754 70,6	1 086 64,9	1 090 73,1	648 57,6	11 003 70,1
Yksityissairaala %	1 678 34,5	344 25,6	86 22,1	13 -	564 -	27 111,1	29 3,4	241 2,0	4 -	28 25,0	1 100,0	3 015 24,5
Mielisairaala %	3 478 33,0	2 591 34,9	2 957 31,9	1 571 35,6	957 24,9	901 23,6	1 073 27,9	1 767 22,2	2 240 32,7	1 501 21,9	736 16,2	19 772 29,7
Tub. parantola %	737 31,9	598 8,2	8 -	175 25,1	69 -	- -	- -	- -	227 63,4	428 11,7	120 12,5	2 362 22,7
Kunnalliskoti/ kunn. vanhainkoti %	5 657 87,5	4 495 93,0	3 939 84,5	1 962 96,7	1 730 77,6	1 231 75,9	1 392 84,1	1 627 91,1	3 354 90,6	2 421 82,2	789 76,8	27 488 87,0
Yksityinen van- hainkoti %	2 168 49,4	635 59,4	458 70,1	158 121,5 *)	308 98,7	119 63,9	156 23,7	112 88,4	383 87,7	221 71,9	215 52,1	4 933 62,5
Vajaamielisi- laitos %	875 0,2	837 1,3	1 062 1,1	391 0,8	628 4,5	164 -	372 1,3	107 9,3	370 0,5	391 -	319 0,6	5 516 1,4
Muu laitos %	803 0,3	- -	52 11,5	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	360 1,7
Yhteensä %	21 161 46,2	13 653 52,1	12 999 49,8	6 390 56,3	5 626 43,1	3 618 47,3	4 713 44,5	5 690 46,2	8 115 51,6	7 826 45,3	3 511 37,7	93 302 48,1

*) sisältää vanhainkodin yhteydessä olevasta asuntolasta 45 vanhusta, jotka vanhainkoti hoitaa

4.2. Vanhustenhuoltolaitokset ja terveyskeskussairaalat vuonna 1981

Sosiaalihuolto- ja lääkintöhallitus suorittivat yhteistyössä potilaslaskennan vanhustenhuoltolaitoksissa ja terveyskeskussairaaloissa 3.3.1981. Vanhustenhuoltolaitoksia olivat tuolloin kunnalliskodit ja kunnalliset sairaskodit sekä kunnalliset ja yksityiset vanhainkodit. Terveyskeskuksen sairaalat ovat yleissairaaloita, jotka ovat valtaosaltaan kansanterveyslain toteutumisen yhteydessä vuonna 1972 terveyskeskuksiin liitettyjä paikallissairaaloita. Osa terveyskeskusten sairaaloista on jaettu lääketieteellisten erikoisalojen osastoihin, jolloin ne toimivat erikoislääkärijohtoisina sairaaloina, osa on jakamattomia yleislääkärijohtoisia sairaaloita.

Saatujen tutkimustulosten mukaan oli edellämainittuna laskenta-ajankohtana hoidossa yhteensä noin 47 600 henkilöä, jotka jakautuivat laitoksiin seuraavasti: kunnalliset vanhustenhuoltolaitokset 27 231 henkilöä, yksityiset vanhainkodit 4 851 henkilöä ja terveyskeskussairaalat 15 600 henkilöä (Vanhustenhuoltolaitosten...1983). Terveyskeskussairaaloitten potilaista 201:llä oli hoitopaikka myös vanhainkodissa.

Kaikista vanhustenhuoltolaitoksissa ja terveyskeskussairaaloissa hoidossa olevista 87 % oli pysyvässä laitoshoidossa. Lähes kaikki vanhustenhuoltolaitosten hoidettavat olivat pysyvässä laitoshoidossa, vain yksi prosentti oli lyhytaikaisessa hoidossa. Terveyskeskussairaaloitten hoidettavista oli huomattavasti useampi (39 %) lyhytaikaisessa laitoshoidossa.

Vanhustenhuoltolaitoksien hoidettavista oli 65 vuotta täyttäneitä 89 % ja terveyskeskussairaaloitten potilaista 82 %. Molemmissa laitostyypeissä hoidettavat olivat näinollen pääosaltaan iäkkäitä henkilöitä.

Vanhustenhuoltolaitosten hoidettavien ikärakenne oli jonkin verran terveyskeskussairaaloitten ikärakennetta vanhempi. 75 vuotta täyttäneitä hoidettavia oli vanhustenhuoltolaitoksissa 68 % ja 85 vuotta täyttäneitä 22 %. Terveyskeskussairaaloitten potilaista 75 vuotta oli täyttänyt 58 % ja 85 vuotta 18 %.

Kunnallisten vanhustenhuoltolaitosten vanhimmat hoidettavat olivat kunnallisissa sairaskodeissa ja kunnalliskotien sairastosastoilla, missä valtaosa hoidettavista (95 %) oli täyttänyt 65 vuotta ja 30 % hoidettavista vähintään 85 vuotta. Yksityisten vanhainkotien asiakkaat olivat lähes yhtä iäkkäitä kuin kunnallisten vanhustenhuoltolaitosten vanhimmat hoidettavat. Yli 65-vuotiaita oli yksityisissä vanhainkodeissa 95 % ja 85 vuotta täyttäneitä 23 %.

Pysyvässä laitoshoidossa olevista lähes 90 % oli 65-vuotiaita tai vanhempia. Terveyskeskussairaaloissa pysyvässä hoidossa olevista potilaista oli hieman useampi (91 %) kuin vanhustenhuoltolaitoksissa (89 %) täyttänyt 65 vuotta. Kunnallisista vanhustenhuoltolaitoksista 65 vuotta täyttäneitä oli eniten eli 97 % kunnallisissa sairaskodeissa.

Terveyskeskussairaaloissa ja vanhustenhuoltolaitoksissa vuonna 1981 hoidossa olevista joka toinen oli leski. Kaikista hoidettavista 15 % oli naimisissa. Vanhustenhuoltolaitosten hoidettavista harvemmat olivat naimisissa kuin terveyskeskussairaaloiden hoidettavista. Pysyvässä laitoshoidossa olevista yli puolet oli leskiä sekä terveyskeskussairaaloissa (55 %) että vanhustenhuoltolaitoksissa (53 %). Puolet pysyvässä laitoshoidossa olevista hoidettavista oli viettänyt laitoksessa 1-5 vuotta.

Hoidettavilla oli keskimäärin kolme sairautta. Eniten sairastettiin verenkiertoelinten sairauksia ja mielenterveyden häiriöitä. Mielenterveyden häiriöt olivat yleisempiä vanhustenhuoltolaitoksissa kuin terveyskeskussairaaloissa.

Hoidettavien hoitoajat sekä kunnalliskodeissa että kunnallisissa ja yksityisissä vanhainkodeissa muistuttivat toisiaan. Vähemmän kuin vuoden oli hoidossa ollut alle 20 % asiakkaista, 1-2 vuotta noin 15 %, 3-9 vuotta 35 %. Lisäksi esiintyi pitkiä yli 15 vuoden hoitoaikoja. Kunnallisten sairaskotien ja terveyskeskussairaaloiden hoitoajat olivat huomattavasti lyhyempiä kuin vanhainkotien, alle vuoden hoitoaikoja oli 43-68 % eikä yli 15 vuoden hoitoaikoja juuri esiintynyt.

Kunnalliskotien yleisillä osastoilla ja kunnallisissa vanhainkodeissa puolet hoidettavista oli täysin itsenäisesti suoriutuvia tai satunnaisesti toisen henkilön apua tarvitsevia. Vuodepotilaiden osuus oli alle 10 % hoidettavista. Terveyskeskussairaaloissa, kunnallisissa sairaskodeissa ja kunnalliskotien sairastosastoilla valtaosa potilaista (yli 55 %) oli vuodepotilaita ja jalkeilla olevista lähes kaikki tarvitsivat jatkuvasti toisen henkilön apua päivittäisissä toiminnoissaan.

4.3. Julkisen terveydenhuollon laitokset

Pääperiaatteena on, että pitkäaikaista (yli 3 kk) tai pysyvää sairaalahoitoa tarvitsevan pitkäaikaissairaahan hoito järjestetään terveyskeskuksen sairaansijalla. On selvää, että terveyskeskusta ylläpitävän kunnan tai kuntainliiton alueella asuva pitkäaikaissairas sotainvalidi tarvittaessa myös otetaan hoitoon terveyskeskuksen sairaansijalle, mutta kansanterveyslain periaatteen mukaan mitään ryhmää ei voida asettaa hoidon saannin osalta erityisasemaan.

Tällä hetkellä on keskimääräisesti arvioituna vielä selvää terveyskeskusten sairaansijojen puutetta. Tästä johtuu, että etenkin suurissa asutuskeskuksissa ja pääasiassa Helsingissä osa pitkäaikaissairaista hoidetaan vielä jopa keskussairaالاتasolla. Terveyskeskusten sairaansijamäärän lähitavoite on 5 sairaansijaa 1 000 asukasta kohden (5 o/oo).

Terveyskeskuksissa oli vuoden 1981 lopussa 15 776 sairaansijaa eli runsaat 3 o/oo. Lisäys edelliseen vuoteen oli 625 sairaansijaa. Yleislääkärijohtoisia sairaansijoja oli yli 11 000 (2 o/oo). Läänien väliset erot vaihtelivat rajoissa 3 o/oo (Uusimaa)-4 o/oo (Mikkeli). Terveyskeskusten sairaansijoilla kertyi vuonna 1981 noin 5,4 miljoonaa hoitopäivää, joista 69 % yleislääkärijohtoisilla sairaansijoilla. Kasvu edellisestä vuodesta oli 5 %. Hoitopäivistä 81 % käytettiin yli 65-vuotiaitten hoitoon. Kuormitusprosentti on ollut 94 % vuonna 1981 ja keskimääräinen hoitoaika 29 vuorokautta.

Lääkinnällisen kuntoutuksen osalta voidaan todeta, että terveyskeskuksissa on jatkuvasti tapahtunut kapasiteetin lisäystä. Kuntoutuskertoja on vuonna 1975 ollut 550 000, vuonna 1978 1 319 000, vuonna 1979 1 641 000 ja vuonna 1981 2 301 000. Terveyskeskuksissa, joita on kaikkiaan 213, on vuonna 1981 ollut 598 lääkintävoimistelijan, 287 kuntohoitajan, 213 psykologin, 110 puheterapeutin, 13 toimintaterapeutin ja 179 sosiaalityöntekijän virkaa.

Terveyskeskusten lääkinnällisen kuntoutuksen henkilökunta (lääkintävoimistelijat ja kuntohoitajat) on lisääntynyt suhteellisesti nopeammin kuin terveyskeskusten henkilökunta kokonaisuudessaan. Viisivuotiskaudella 1977-1981 on kasvu lääkintävoimistelijoiden osalta ollut 37 % ja kuntohoitajien osalta 109 %. Yhteinen lisäys on 55 % kun terveyskeskusten koko henkilöstön lisäys vastaavana aikana on ollut 33 %. Virkojen täyttöaste on kuitenkin huonontumassa. Esimerkiksi lääkintävoimistelijoiden 572 virasta oli vuonna 1980 täyttä-

mättä 7 % kun luvut vuonna 1981 olivat 598 ja 10 %. Eräänä syynä on yksityisten tutkimus- ja hoitolaitosten määrän nopea kasvu ja yksityisen sektorin noudattama edullinen palkkataso.

Pitkäaikaissairaiden hoidon järjestämisen suunnitteluun vaikuttaa eniten väestön ikärakenteen muutos. On ennustettu, että 1980-luvun aikana 65 vuotta ja sitä vanhempien määrä kasvaa noin 70 000:lla. Lähes koko lisäys kohdistuu 75 vuotta ja sitä vanhempiin (Tilastokeskus, väestöennuste 1978-2020). Koska on ilmeistä, että terveyskeskusten sairaansijoja ei tulla lisäämään niin nopeasti kuin väestön ikärakenteen muutos laskennallisesti ja nykyisiä hoitomuotoja käyttäen edellyttäisi, on pyrkimyksenä kehittää ja soveltaa kaikkia mahdollisia vaihtoehtoisia tuki- ja hoitomuotoja ennen kuin yksilökohtaisesti päädytään pysyvään sairaalahoitoon. Tämän tulisi tapahtua yhteistoiminnassa sosiaalitoimen kanssa.

Vuosittain myönnettävistä perustamiskustannusmäärärahoista sekä virkojen lisäämisvauhdista riippuu, miten nopeasti saavutetaan tavoitteeksi asetettua 5 o/oo terveyskeskusten sairaansijojen määrässä. Johtuen mm. paikallisen väestön ikärakenteesta, vanhainkotien tai vastaavanlaisten yksityisten laitosten ja erikoislääkärijohtoisten sairaaloiden käyttömahdollisuuksista sekä erilaisten muiden tuki- ja hoitomuotojen saatavuudesta ovat terveyskeskusten sairaansijatarpeet eri puolilla maata erilaiset.

Julkisen terveydenhuollon piirissä on viime vuosina kiinnitetty voimakkaasti huomiota pitkäaikaissairaiden sairaalassa tapahtuvan hoidon aktivoimiseen ja sen kuntouttavan vaikutuksen lisäämiseen. On korostettu hoidon jatkuvuutta, oman lääkärin tai perhelääkärin tärkeyttä ja hoidon inhimillisyyttä ja yksilöllisyyttä. Hoidon aktivoimiskokeiluista on saatu rohkaisevia tuloksia. Lääkintöhallituksen geriatrian asiantuntijatyöryhmän mietinnössä "Suositus vanhusten terveydenhuollon kehittämiseksi" on voimakkaasti otettu kantaa mm. alan koulutuksen lisäämiseen. Jatko- ja täydennyskoulutuksessa kiinnitetään huomiota henkilökunnan asenteiden muuttamiseen aktiivista hoitoa edellyttävään suuntaan. Hankesuunnittelussa korostetaan yhä enemmän, että teknisten tila- ym. ratkaisujen tulisi tukea aktiivista hoitoa. Liikkumisesteitä ja turhaa ahtautta pyritään välttämään ja laitospäristön kodinomaisuutta halutaan lisätä.

4.4. Vanhustenhuoltolaitokset

Vanhainkotipaikkoja on yhteensä 30 570, joista yksityisten säätiöiden ja yhteisöjen ylläpitämien vanhainkotien paikkoja on hieman alle 5 000. Sairasosastopaikkoja vanhainkodeissa on yhteensä 6 122. Kunnallisia laitoksia on yhteensä 414 ja yksityisiä 140 (Sosiaalihuollon tilastotiedote 31.12.1981). Yli 65-vuotiaasta väestöstä 5 % on hoidettavana vanhustenhuoltolaitoksissa. Lääneittäin iän mukaan, eli yli 65- ja yli 75-vuotiaita oli vanhainkodeissa seuraavasti:

	yli 65-vuotiaasta väestöstä	yli 75-vuoti- aasta väestöstä
	%	%
Uudenmaan lääni	5.3	12.0
Turun ja Porin lääni	4.8	10.5
Ahvenanmaa	3.3	7.2
Hämeen lääni	4.9	10.9
Kymen lääni	4.3	9.8
Mikkelin lääni	6.1	12.9
Pohjois-Karjalan lääni	4.3	9.5
Kuopion lääni	4.9	10.8
Keski-Suomen lääni	4.9	10.2
Vaasan lääni	4.3	9.6
Oulun lääni	5.3	11.6
Lapin lääni	5.0	10.7

Sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa hoidettavista pitkäaikaissairaista vanhuksista noin 60 % hoidetaan vanhainkodeissa. Selvityksen (3.3.81) mukaan hoidettavilla on useita sairauksia, 30 %:lla yli kolme sairautta. Henkilöstön arvion mukaan 65 % kaikista hoidettavista oli henkilöstön jatkuvaa apua tarvitsevia. Kodinomaisilla osastoilla vanhukset olivat liikkuvampia, jalkeilla olevia ja lähes 20 % heistä oli itsenäisesti laitoksessa suoriutuvia. Sairasosastojen hoidettavista oli 56 % vuodepotilaita ja heistä 44 % täysin autettavia.

Sairasosastoja on siirretty terveyskeskusten osastoiksi siellä missä se on nähty tarkoituksenmukaiseksi ja voidaan edelleenkin siirtää.

Vanhainkotien kehittäminen aktivoivaa hoitoa ja erilaisia toimintomuotoja sisältäviksi avohuollon ja sairaalatoimen välimuodoksi on tämän hetken keskeisiä vanhustenhuollon kehittämistehtäviä kunnissa.

Laitosten yhteyteen on rakennettu päiväkeskuksia, joissa tarjotaan tukipalveluja kuten ateria-, kylvetys-, vaatehuolto-, kerho- ja virkistys- sekä kuntoutustoimintaa. Aivan uutena hoitomuotona on alettu järjestää päivähoitoa niille vanhuksille, jotka muuten voisivat asua kotonaan, mutta päivisin tarvitsevat hoitoa turvallisuus- tai muista syistä. Pysyväishoitoa on alettu muuttaa lyhytaikaiseksi hoidoksi mahdollisimman paljon. Kuntia velvoitetaan varaanmaan osa hoitopaikoista tähän tarkoitukseen. Erityisesti omaisten hoitotoimintaa on voitu tukea lyhyillä hoitajaksoilla. Avo- ja laitoshuollon yhteistyönä lyhytaikainen hoito kehittyy parhaillaan tarjoten monelle vanhukselle vaihtoehdon pitkäaikaishoitoon.

Sosiaalihuoltoasetuksen (607/83) mukaan laitoshoidon voidaan järjestää lyhytaikaisena tai jatkuvana päivä- tai yöhoitona tai ympärivuorokautisena hoitona. Laitoksessa voidaan lisäksi järjestää itsenäistä asumista tukevaa sekä kuntouttavaa toimintaa. Asetuksessa säädetään edelleen että laitoksessa hoidettavalle on pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää hänen kuntoutumistaan, omatoimisuuttaan ja toimintakykyään.

Vanhainkotipaikkoja katsotaan tarvittavan 3-5 % yli 65-vuotiaalle väestölle. Yhdessä terveystieteiden hoitopaikkojen kanssa se olisi noin 10 % yli 65-vuotiaasta väestöstä. Paikkojen lisästarve on 500 paikkaa vuodessa. Osa siitä vanhainkotitarpeesta, joka ilmenee mm. laitosjonoina, pyritään tyydyttämään palveluasumisella eli palvelutaloilla ja varaamaan varsinaiset laitospaikat vanhimmalle ja eniten hoitoa tarvitsevalle eli yli 75-vuotiaalle väestölle, jonka vuosittainen määrän lisäys on 10 000 henkilöä.

Vanhainkotiin pääsyn edellytys ei kuitenkaan ole ikä, vaan se perustuu tarveharkintaan. Mikäli vanhus ei erilaisin avohuollon toimenpitein eikä lyhytaikaisen hoidon turvin tule toimeen kotona eikä tarvitse sairaalahoitoa, hänet voidaan sijoittaa vanhainkotiin pitkäaikaishoitoon. Vanhustenhuoltolaitosta ylläpitävän kunnan tai kuntainliiton alueella asuva pitkäaikaissairas sotainvalidi tarvittaessa myös otetaan hoitoon vanhainkotiin, mutta sosiaalihuoltolain pääperiaatteen mukaan mitään ryhmää ei voida asettaa hoidon saannin osalta erityisasemaan.

Sosiaalihuollon laitostoiminnassa korostetaan sosiaalisen ja psyykkisen kuntoutuksen osuutta vanhusten toimintakyvyn ylläpitäjänä, millä kuntoutuksella katsotaan olevan lääkinällisen kuntoutuksen lisäksi erittäin suuri merkitys kuntoutettaessa vanhusta kotihoitoon.

Vanhustenhoidonlaitoksissa työskentelee noin 15 000 työntekijää, joista valtaosa on hoitohenkilöstöä, apuhoitajia ja sairaanhoitajia sekä avustavaa henkilöstöä. Kuntouttavan henkilöstön osuus ei ole riittävä, ja sosiaalihuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa vuosille 1984 - 1988 velvoitetaan kaikkia kuntia järjestämään lääkintävoimistelijan, kuntohoitajan ja muun toiminnallisesta kuntoutuksesta huolehtivan henkilöstön palveluja vanhainkotiin.

4.5. Laitoshuollon tarvetta ehkäiseviä yleisiä tekijöitä

Laitoshuoltoon hakeutumiseen johtaneena syynä ei aina välttämättä ole ollut henkilön vammasta tai sairaudesta johtunut syy, vaan osan potilaista on huomattu hakeutuneen hoitoon ainakin osaksi muusta kuin lääketieteellisestä syystä. Valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984-1988 on esitetty yleisiä tavoitteita ja ohjeita vanhuksille suunnatuista palveluista. Avohuollon tehokas kehittäminen ehkäisee tietyissä tilanteissa laitoshuollon tarvetta tai siirtää sen käytön myöhäisempään vaiheeseen.

Sosiaali- ja lääkintöhallituksen suorittaman selvityksen mukaan joka viidennen hoidettavan kohdalla oli yksinäisyys ja turvattomuus ollut ainakin osasyynä hoitoon hakeutumiseen. Vanhainkoteihin on otettu sellaisia vanhuksia, jotka eivät välttämättömästi tarvitse laitoshoidoa tai että se voidaan hoitaa lyhytaikaisena. Eniten yksinäisyyttä tai turvattomuutta hoitoon tulon syynä olivat ilmoittaneet yksityisten vanhainkotien potilaat. Sellainen laitoshuoltoon johtanut syy kuin yksinäisyys tai turvattomuus pyritään hoitamaan esimerkiksi kehittämällä erilaisia hälytysjärjestelmiä vanhusten käyttöön sekä tukemalla omaisten ja muiden henkilöiden vanhustyötä, joka edistää molemminpuolista kanssakäymistä.

Kotipalvelutoiminnan kuten kodinhoitaja- ja kotiavustajatoiminnan kehittäminen on eräs laitoshuollon tarvetta ehkäisevä tekijä. Kodinhoitoavun, kotisairaanhoidon tms. riittämättömyys onkin ollut eräs hoitoon tulon syy. Joka kymmenennellä henkilöllä näiden palvelusten saamisen vaikeus tai puute

oli ollut ainakin osasyynä siihen, miksi henkilö oli hakeutunut hoitoon (Vanhus-
tenhuoltolaitosten...1983). Kotipalvelutoimintaa kehitetään henkilöstön koulu-
tusta ja lukumäärää lisäämällä. Lisäksi kehitetään työn sisällöllinen uudista-
minen vanhuksia aktivoivaksi, kunkin vanhuksen tarpeisiin perustuvaksi yksilöl-
liseksi toiminnaksi. Kodinhoitaja- ja kotiavustajatoiminnan lisäksi kotipalvelui-
hin kuuluvat erilaiset tukipalvelut (esimerkiksi ateriapalvelu, sauna- ja kylpy-
palvelu, valvottu kotisairaanhoido tms.) sekä vanhusten, vammaisten ja pitkä-
aikaissairaiden kotona annettava hoito ja muu huolenpito.

Päiväkeskustoimintaa sekä vanhainkodissa että muissa toimintayksiköissä
pyritään kehittämään. Päiväkeskustoiminnalla tarkoitetaan erilaisten tukipal-
velujen keskittämistä omiin erillisiin keskuksiin, jonne vanhukset pääsevät
helposti. Lisäksi yhteistyön kehittämiseen järjestöjen ja seurakuntien harjoit-
taman vanhustyön (kuten vapaaehtoistyön) sekä kerho- ja virkistystoiminnan
kanssa tulee kiinnittää huomiota.

Kotisairaanhoidoa voidaan pitää avohuoltotoimintaa täydentävänä ja toisaalta
laitoshuoltoa ehkäisevänä hoitomuotona. Kotisairaanhoido onkin periaatteessa
hyvin paljon samankaltaista kuin osa-aikainen laitoshuolto. Erona on, että
hoito tuodaan tässä tapauksessa potilaan kotiin, eikä hänen itsensä tarvitse
siirtyä laitokseen kuin joitain erityishoitoja saamaan.

Kotisairaanhoidon merkittävä etu on sen halpuus yhteiskunnalle. Hoidon
taso ei vastaa sairaalahoitoa, mutta toisaalta kotisairaanhoido on inhimillisem-
pää. Se suo invalidille mahdollisuuden asua omassa kodissaan, turvallisen
tuntuksessa ja tutussa ympäristössä. Osa-aikainen laitoshuolto on ratkaisevasti
kiinni omaisten työpanoksesta. Kotisairaanhoidoa voitane ajatellakin vain
omaisten suorittaman hoidon tukena, jolloin heidän kapasiteetistaan riippuu,
kuinka pitkälle sitä voidaan jatkaa.

Sotainvalidien sairaanhoido-organisaatiossa ei ole kotisairaanhoidoa varten
yksiköitä. Yleinen avohoidojärjestelmä on tällä hetkellä ainoa, jonka palveluita
sotainvalidit voivat käyttää, ja ilmeisesti jatkossakin tämä jää ainoaksi mah-
dollisuudeksi, sillä työryhmän käsityksen mukaan ei sotainvalidien kotisai-
raanhoidoa varten kannata tähän maahan perustaa toista päällekkäistä verkos-
toa julkisen terveydenhuollon palvelujen lisäksi.

Asunnottomuus on eräissä tapauksissa aiheuttanut laitoshuollon tarvetta. Huonokuntoinen asunto ja puuttuvat mukavuudet ovat olleet hoitoon hakeutumisen syinä useammin maaseudulla kuin kaupungeissa. Asuntojen parantamiseen ja peruskorjauksiin liittyvät avustukset, lainat tms. järjestelyt vaikuttavat laitoshuoltoa vähentävästi muutoin vielä suhteellisen "hyväkuntoisten" henkilöiden kohdalla. Suuntaamalla enemmän julkisia varoja asuntojen rakentamiseen sekä kunnostamiseen ja peruskorjaukseen voidaan avohuoltoa tukea ja vähentää näin vastaavasti laitoshuollon tarvetta. Vuoden 1977 lopulla oli koko maassa noin 26 600 vanhusten asuntoa, joissa asui yhteensä 31 500 vanhusta (Sintonen, 1978).

Vuoden 1981 lopussa kunnallisissa ja yksityisissä vanhusten palvelutaloissa ja palvelukeskuksissa oli noin 2 100 asuntoa ja niissä noin 2 400 asukasta. Tämä on 0,4 % 65 vuotta täyttäneiden määrästä (Valtakunnalliset suunnitelmat...1983).

4.6. Laitoshuollon tarvetta ehkäiseviä sotilasvammalain mukaisia tekijöitä

Sotainvalideilla on mahdollisuus saada laitoshuoltoa ehkäiseviä palveluja paitsi yleisen sosiaalihuollon piiristä myös sotilasvammalain nojalla. Sotavammaiset käyttävät monesti haluttomasti sosiaalihuollon tarjoamia palveluja. He ovat tottuneet erityistarpeissaan kääntymään oman erityisjärjestelmänsä puoleen ja omissa laitoksissa on totuttu käsittelemään heidän asioitaan ja mm. arvioimaan sotavammojen merkitystä terveydentilan muutoksissa.

Sotavammaisilla on oikeus sotilasvammalain mukaan saada kuntoutusta korvattun vamman tai sairauden johdosta. Korvattun invaliditeetin täytyy kuitenkin tällöin olla vähintään 10 %. Sotainvalidilla on lisäksi mahdollisuus saada kuntoutusta myös muun vamman tai sairauden takia, mikäli korvattu invaliditeetti ts. sotavamma on vähintään 30 %. Ennusteen mukaan vuonna 1984 vähintään 30 %:n invaliditeetti on runsaalla 20 000 sotavammaisella. Vuoteen 1999 mennessä määrä olisi laskenut jo noin 7 000:een.

Sotainvalidit voivat saada avokuntoutusta esimerkiksi terveyskeskuksissa tai fysikaalisissa hoitolaitoksissa. Lisäksi he voivat saada laituskuntoutusta Sotainvalidien Veljesliiton tai sen jäsenyhdistysten laitoksissa tai muissa

laitoksissa, jotka lääkintöhallitus on hyväksynyt ja joiden kanssa tapaturmavirasto on tehnyt sopimuksen sotavammaisten kuntouttamisesta.

Sotavammaisen puolison hyvä terveydentila vaikuttanee myös laitoshuollon tarvetta ehkäisevänä tekijänä. Puolisoiden kuntoutukseen pitäisi näin ollen kiinnittää erityistä huomiota. Nykyinen 2-3 viikon lähinnä ainutkertainen kuntouttaminen ei ole riittävä eikä näin ollen pysty ylläpitämään eikä parantamaan sotavammaisten puolison terveydentilaa ja sen kautta sotavammaisen kotona asumisen ja hoitamisen jatkuvuutta laitoshoidon sijasta. Sotavammaisen kotihoito olisi voitava järjestää jollakin tavalla myös silloin, kun puoliso on kuntoutuksessa. Tämä on osoittautunut monta kertaa hankalaksi toimenpiteeksi.

Vuonna 1982 tapaturmavirastolle saapui yhteensä 11 464 laituskuntoutushakemusta. Maksusitoumuksia annettiin vuonna 1982 11 120 ja kielteisiä ratkaisuja 1 000. Alle 30 %:n työkyvyttömyysasteen omaavia maksusitoumuksen saajia oli vuonna 1982 yhteensä noin 1 100 sotainvalidia. Lisäksi annettiin maksusitoumuksia yleisen terveydentilan tarkastuksiin 702 kappaletta, fysikaaliseen hoitoon 694 ja laitoshuoltoon 141 kappaletta. Vaimojen kuntoutushakemuksia saapui tapaturmavirastoon vastaavana ajankohtana 416 kappaletta. Myönteisiä maksusitoumuksia annettiin 299 kappaletta ja kielteisiä ratkaisuja 120 kappaletta.

Sotilasvammalain nojalla invalideille voidaan korvata asuntoon kuuluvia välineitä, laitteita ja asunnon muutostöitä. Asuntoon kuuluva väline, laite tai asunnon muutostyö korvataan vain, jos se on korvatun vamman tai sairauden vuoksi välttämätön. Tämä edellyttää yleensä vaikean asteista korvattua invaliditeettia, eli käytännössä yleensä vähintään 50 %:n työkyvyttömyysastetta. Siten esimerkiksi raajan menetystä on pidettävä vaikeana vamma, samoin myös sellaista aivovammaa, sydämen tai keuhkojen toiminnanvajavuutta taikka monivammaisuutta, joka rajoittaa huomattavasti selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa.

Vähintään 50 %:n työkyvyttömyysaste ei kuitenkaan välttämättä sellaisenaan oikeuta korvaukseen, vaan huomioon otetaan myös vammautuneen tai sairastuneen yksilölliset vaatimukset kuten vamman laatu, invalidin tilan tarve, toiminnan ulottuvuudet sekä elinolosuhteet, suoritettavaksi aiotun hankinnan

tai muutostyön tarkoituksenmukaisuus, laajuus ja kustannukset yms. asiaan vaikuttavat seikat.

Sotilasvammalain nojalla voidaan myöntää avustusta myös puhelimen hankintaan sellaiselle vaikeavammaiselle invalidille, joka ei kykene itsenäisesti liikkumaan tai jolle liikkuminen tuottaa erityisiä vaikeuksia ja jolle puhelinta on pidettävä yksin asumisen, syrjäisen asumispaikan tai vastaavan syyn takia välttämättömänä jokapäiväisten asioiden hoitamisen kannalta. Avustuksen saamiseen edellytetään yleensä vähintään 50 %:n korvattua invaliditeettia.

Perheelliselle avustusta ei myönnetä kuin ainoastaan poikkeustapauksessa kuten puolison korkean iän tai sairauden takia.

Vamman tai sairauden paheneminen sekä uusien sairauksien ilmaantuminen aiheuttavat usein vaikeavammaisille sotainvalideille monenlaisia erityisongelmia. Myös sellaiset olosuhteiden muutokset, jotka liittyvät ihmisen vanhenemiseen, ovat omiaan vaikeuttamaan invalidin selviytymistä jokapäiväisessä elämässä. Tällaisia ovat esimerkiksi puolison sairaus tai kuolema, jotka voivat aiheuttaa sen, että laitoshoitoon joutuminen tulee ainakin vakavan harkinnan alaiseksi.

Koska on tarkoituksenmukaista sekä yhteiskunnan että yksilön kannalta parantaa invalidien mahdollisuuksia omavastuiseen ja itsenäiseen elämään avohoidossa, on sotilasvammalaissa ns. korotettua sairausapulisää koskeva säännös.

Korotettua sairausapulisää voidaan myöntää sille, jolla on vaikea vamma tai sairaus ja jonka selviytyminen kotihoidossa aiheuttaa jatkuvasti huomattavia toimeentuloa vaikeuttavia kustannuksia. Edellytyksenä on, että korvattu vamma tai sairaus on vaikea (käytännössä yleensä vähintään 50 %), henkilö on kotihoidossa, siitä aiheutuvat kustannukset ovat jatkuvia (ei siis satunnaisia) ja vaikeuttavat hänen toimeentuloaan huomattavasti. Korotettua sairausapulisää myönnettäessä noudatetaan taloudellista tarveharkintaa.

Korotettua sairausapulisää voidaan periaatteessa myöntää vain vaikeavammaisen invalidin oman hoidon, liikkumisen tai vastaavien syiden aiheuttamien kustannusten johdosta, ei sen sijaan invalidin perheenjäsenen kustannusten perusteella elleivät perheenjäsenen kustannukset ole nimenomaan invalidin hoidon aiheuttamia.

Laitoshuollon tarvetta ehkäisevinä tekijöinä on syytä mainita vielä korvattujen vammojen tai sairauksien takia tarpeelliset lääkinnälliset tutkimukset ja hoidot sekä apuneuvot ja -välineet samoin kuin mahdollisuudet kokonaisterveydentilan säännölliseen seurantaan laissa tarkemmin mainituin edellytyksin.

5. SOTAINVALIDEILLE TARKOITETUT LAITOKSET JA NIIDEN KEHITTÄMISUUNNITELMAT

5.1. Sotainvalidien Veljesliiton laitokset ja Pohjois-Karjalan Sairaskoti

Sotainvalidien Veljesliiton ja sen piirien omistamista tai ylläpitämistä laitoksista Kaunialan sotavammassairaalassa, Kyyhkylän kuntoutussairaalassa sekä Iisalmen Veljeskodissa on kuntoutus- sekä tutkimus- ja hoitopaikkojen lisäksi myös laitoshuoltopaikkoja. Pelkästään kuntoutuspaikkoja on tällä hetkellä Kaskisaaren kuntoutumislaitoksessa ja Suitian kuntoutuslaitoksessa. Pelkästään laitoshuoltopaikkoja on Kyyhkylän invalidi- ja sairaskodissa sekä Sotainvalidien Sairaskoti Honkalassa. Pohjois-Karjalan Sairaskodissa on sekä laitoshuoltoettä kuntoutuspaikkoja.

Kaunialan sotavammassairaala (aloittanut toimintansa vuonna 1947, sijaintikunta Kauniainen) on Veljesliiton laitoksista kapasiteetiltaan suurin, 220 sairaansijaa. Sairaansijoista puolet on laskettu laitoshuoltosairaansijoiksi ja puolet kuntoutus- ja tutkimussairaansijoiksi. Vuodepotilaille arvioidaan soveltuvan 50 sairaansijaa ja runsaasti apua tarvitseville potilaille 35 sairaansijaa. Vuonna 1983 henkilökuntaa oli 266. Sairaalalla on 40-50 paikan laajennussuunnitelma, jolloin nykyisiä henkilökunnan asuntoja muutettaisiin potilaiden majoitustiloiksi. Näillä paikoilla on tarkoitus korvata lähinnä Suitian kuntoutuslaitoksen mahdollisen lopettamisen vuoksi syntyvä vaje.

Kyyhkylän kuntoutussairaala (1973, Mikkelin mlk) on 138-paikkainen laitos, jonka toiminnassa kuntoutus muodostaa keskeisimmän osan. Laitoshuoltokapasiteettia on 36 paikkaa, jotka lähes kaikki soveltuvat runsaasti apua tarvitseville taikka täysin avuttomille potilaille. Laitoksella ei ole laajennussuunnitelmia. Vuonna 1983 henkilöstöä oli 100.

Kyyhkylän invalidi- ja sairaskoti (1970, Mikkelin mlk) on 60-paikkainen sairaskoti, jonka potilasaines muodostuu lähinnä omatoimisista tai vähän apua tarvitsevista hoidettavista. Laitos on asuntotyypinen ja varustelutasoltaan vaatimaton. Laajennussuunnitelmia ei ole. Vuonna 1983 henkilöstöä oli 16.

Sotainvalidien Sairaskoti Honkala (1948, Hämeenkyrö) on Sotainvalidien Veljesliiton Pirkka-Hämeen piirin omistama 34-paikkainen asuntotyypinen laitos omatoimisille hoidettaville. Laajennussuunnitelmia ei ole. Vuonna 1983 henkilökuntaa oli 13.

Iisalmen Veljeskoti (1982, Iisalmi) on Sotainvalidien Veljesliiton Pohjois-Savon piirin ylläpitämä laitos, jonka kokonaiskapasiteetti on 86 paikkaa. Laitoshuoltopaikkoja näistä on 50. Iisalmen Veljeskodissa on ensimmäisenä koko maassa sovellettu toimintamallia, jossa laitoshuollossa olevien kanssa on asumassa myös heidän itse maksavia puolisoitaan. Nykyiset huonetilat on suunniteltu lähinnä asuntokäyttöön ja ne mahdollistavat enintään 2-3 potilaan hoidon asuntoa kohden. Laajennussuunnitelman mukaan paikkalukua lisättäisiin 40:llä, joista 20 on sairaskotivuodepaikkoja ja 20 vaikeavammaisten kuntoutuspaikkoja. Vuonna 1983 henkilökuntaa oli 29. Laitos sijaitsee vuokrakiinteistössä.

Pohjois-Karjalan Sairaskoti (1978, Joensuu) on Pohjois-Karjalan sairaskotiyhdistyksen omistama 100-paikkainen kuntoutus- ja hoitolaitos, jonka laitoshuoltopaikat ovat sotainvalidien käytössä. Kapasiteetista noin 60 sairaansijaa on laitoshuoltopaikkoja. Sairaskotiyhdistyksellä on 60 lisäpaikan laajennussuunnitelma. Lisäyksestä 16 paikkaa on suunniteltu vuodepotilaille, 8 perheasunnoiksi ja loput kuntoutuspaikoiksi. Vuonna 1983 henkilökuntaa oli 44.

5.2. Muita sotilasvammalain mukaiseen laitoshuoltoon hyväksytyjä laitoksia

Muita hoitolaitoksia on tällä hetkellä toiminnassa kaksi: Punkaharjun kuntoutussairaalan Finlandia-osasto ja Oulun diakonissalaitoksen sairaskoti. Molemmat toimivat hoitopäivämaksun perusteella.

Punkaharjun kuntoutussairaalan Finlandia-osastossa on 34 laitoshuoltopaikkaa valtion omistaman entisen hotelli Finlandian saneeratuissa tiloissa. On todennäköistä, että osasto Finlandiaa tullaan käyttämään laitoshuoltopaikkana ainakin 15-20 vuotta. Sen jälkeen tiloja voidaan käyttää sairaalan kuntoutusosastona, koska siellä jo nyt on tarvittavat kuntoutustilat laitteineen. Kiinteistö voidaan tarvittaessa muuttaa matkailukäyttöön. Vuonna 1982 henkilökuntaa oli 21.

Oulussa toimii 15 -paikkainen sotainvalidien hoitolaitos diakonissalaitoksen oppilasasuntolasta saneeratuissa tiloissa. Kaksi asunnoista on suunniteltu pyörätuolia käyttäville asukkaille. Päivystysjärjestelyt on toteutettu yhteisesti diakonissalaitoksen sairaalan kanssa. Vuonna 1983 hoitolaitoksen henkilöstömäärä oli 11.

Liitteessä 1 on esitetty sotilasvammalain mukaisten laitoshuoltopaikkakuntien sijainnit kartalla.

5.3. Käytettävissä olevat laitoshuoltopaikat vuonna 1983

Veljesliiton ja sen piirien laitosten laitoshuoltokapasiteetti on yhteenlaskettuna 290 sairaansijaa. Muiden yhteisöjen omistuksessa olevien laitosten laitoshuoltokapasiteetti on 109 sairaansijaa. Laitoshuoltokapasiteetti tällä hetkellä on näinollen yhteensä 399 paikkaa. Laitoshuoltokapasiteetti lääneittäin käy ilmi taulukosta 26. Nämä paikat ovat Sotainvalidien Veljesliiton ja eräiden muiden järjestöjen laitoksissa. Kaunialan sotavammassairaalan ja Kyyhkylän kuntoutussairaalan nykyistä toimintaa ei ole syytä toistaiseksi muuttaa, sillä näiden laitosten tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluista on suuri kysyntä. Sotavammaisten terveydentilan heikentymisen myötä tulisi sotavammaisten kuntoutusta ohjata entistä enemmän yksityisistä terveyskylpylöistä kuntoutussairaalatasoisiin laitoksiin, joissa on mahdollisuus saada tyydyttävän tasoista perussairaanhoidon osana kuntoutusta. Sotavammaiset alkavat olla osaksi liian huonokuntoisia kylpylä-hotelli-tyyppisiin laitoksiin. Sairaskodeissa kuntoutustoiminnan tulisi kohdistua alueellisesti juuri vaikeasti sairaisiin ja vaikeavammaisiin ja sen tulisi porrastua mm. Sotainvalidien Veljesliiton kuntoutussairaaloiden toimintaan.

5.4. Suunnitteilla olevat laitokset

Tapaturmavirastoon saatujen tietojen mukaan on suunnitteilla seuraavat sairaskodit:

Härmän kuntokeskuksen sairaskoti

Sotainvalidien Veljesliiton Etelä-Pohjanmaan piiri on suositellut sairaskodin paikaksi Ylihärmää, jossa sijaitsevan Härmän Kuntokeskuksen yhteyteen on ryhdytty suunnittelemaan 24 -paikkaista sairaskotiosastoa. Alkuvaiheessa sairaskoti toimisi nykyisissä tiloissa, mutta suunnitelmissa on myöhemmin siirtää toiminta uusiin tiloihin ja lisätä paikkalukua. Härmän Kuntoutus r.y. on saanut Ylihärmän kunnan lupauksen myötävaikuttaa hankkeen toteuttamiseen. Veljesliiton Etelä-Pohjanmaan piirin alueella asuu noin 2 800 sotainvalidia.

Haminan sairaskoti

Kymen sotavammaisten tukiyhdistys ry:n suunnitelmissa on rakennuttaa vuosina 1984-85 Haminaan veljeskoti, johon kuuluisi asunto-osa ja sairaskotiosa. Veljeskoti on suunniteltu palvelemaan tarvittaessa myös itäisen Uudenmaan ja Etelä-Hämeen sotainvalideja. Sotainvalidien Veljesliiton Kymen piirin alueella asuu noin 2 400 sotainvalidia.

Taulukko 26. Laitoshuoltokapasiteetti lääneittäin. Sotainvalidiin Veljesliiton laitokset sekä muut laitokset.

Lääni (Sotainvalidiin Veljesliiton piiri sulussa)	Veljesliiton laitokset		Muut laitokset		Laitoshuoltokapasiteetti yhteensä
	laitoshuolto	laajennus- suunnitelmat	laitoshuolto	laajennus- suunnitelmat	
Uudenmaan lääni 1)	110	-	-	-	110
Turun ja Porin lääni (Pirkka-Hämeen piiri) 2)	34	-	-	-	34
Mikkelin lääni (Suur-Savon piiri) 3)	96	-	34	-	130
Pohjois-Karjalan lääni (Pohjois-Karjalan piiri) 4)	-	-	60	+ 24	60
Kuopion lääni (Pohjois-Savon piiri) 5)	50	+ 20	-	-	50
Oulun lääni (Pohjois-Pohjanmaan piiri) 6)	-	-	15	-	15
	290	+ 20	109	+ 24	399

1) Kauniola, kokonaislaajennussuunnitelma 40-50 paikkaa

2) Sairaskoti Honkala

3) Kyyhkylän kuntoutussairaala, Kyyhkylän invalidi- ja sairaskoti, Punkaharjun kuntoutussairaalan osasto Finlandia

4) Pohjois-Karjalan sairaskoti

5) Iisalmen Veljeskoti

6) Oulun diakonissalaitoksen sairaskoti

Asunto-osan rakennuttaa Haminan kaupunki. Asuntoja tulee 23 kappaletta ja ne on suunniteltu liikuntavammallisille sopiviksi. Rakennushankkeeseen on haettu asuntolainaa asuntohallitukselta. Sairaskotiosa sisältää 27 huonetta, joihin mahtuu 31 sotainvalidia. Asuintiloja on mahdollista myöhemmin tarvittaessa rakentaa lisää noin 20-30 paikkaa.

Keski-Suomen sairaskoti

Sisä-Suomen piiri on Jyväskylän kaupungin kanssa perustanut Keski-Suomen sairaskotisäätiön, jonka tarkoituksena on rakentaa ja varustaa sairaskoti sekä vuokrata se 20 vuoden ajaksi piirille ylläpitämistä varten.

Suunnitellun sairaskodin tarkoituksena on antaa sekä laitoshuoltoa että kuntoutushoitoa ensisijassa Sotainvalidien Veljesliiton Sisä-Suomen piirin alueella asuville sotainvalideille. Sairaansijoja on suunniteltu laitoshuoltoa tarvitseville 40 ja kuntoutettaville 40. Kuntoutuspaikkoja voitaisiin tarpeen mukaan käyttää myös pitkäaikaishoitoon. Tarkoituksena olisi lisäksi, että sairaskoti seuraisi mahdollisuuksiensa puitteissa piirin koko jäsenistön terveydentilaa. Veljesliiton Sisä-Suomen piirin alueella asuu noin 2 000 sotainvalidia. Jyväskylän kaupunki on sairaskotia varten varannut tontin Kyllön terveysaseman sekä Keski-Suomen Keskussairaalan välittömässä läheisyydessä.

Porin sairaskoti

Porin Diakonialaitoksella on suunnitelma kunnostaa pääasiassa kehitysvammaisten hoitokotina toiminut kiinteistö laitoshuoltoa tarvitsevien sotainvalidien sairaskodiksi. Tarpeen vaatiessa voitaisiin sairaskotiin ottaa sotavammaisten lisäksi myös heidän vaimojaan. Sairaskotiin olisi mahdollista sijoittaa myös vuodepotilaita. Laitoksen kokonaispaikkaluvuksi tulisi noin 44. Veljesliiton Satakunnan piirin alueella asuu noin 2 000 sotainvalidia.

Tampereen sairaskoti

Hanketta varten on perustettu Tampereen Sotainvalidien Veljeskotisäätiö -niminen säätiö. Säätiön tarkoituksena on hoito- ja kuntoutustilojen hankkiminen ja varustaminen sekä niiden vuokraaminen Sotainvalidien Veljesliiton Tampereen osasto ry:lle ja tämän tarpeen päätyttyä vammallisille ja vanhuksille. Tampereella asuu noin 1 200 sotainvalidia sekä Pirkka-Hämeen piirissä noin 3 400 invalidia.

Tarkoituksensa toteuttamiseksi säätiö aikoo rakennuttaa hoito- ja kuntoutuslaitoksen, jossa annetaan sotilasvammalaisia tarkoitettua laitoshuoltoa ja kun-

toutusta. Tehtävänsä mukaisesti laitos jakaantuisi kahteen toimintayksikköön, sairaskotiin ja kuntoutuslaitokseen.

60-paikkainen sairaskoti on tarkoitettu vaikeavammaisten sotainvalidien pitkäaikaishoitoa varten. Siihen kuuluu 30-paikkainen vuodeosasto tarpeellisine erikoistiloineen (sairaskoti I) ja 30-paikkainen kotiosasto (sairaskoti II).

Kuntoutuslaitos käsittäisi tarvittavat erikoistilat sotilasvammalaissa tarkoitettun kuntoutushoidon antamiseksi sekä majoitustilat 30 kuntoutettavalle. Kuntoutustilat mitoitettaisiin niin, että laitostuntoutuksen ohella voitaisiin antaa fysikaalista hoitoa myös avohoitona.

Tampereen kaupunki on osoittanut Veljeskodille rakennuspaikan entisen Kaupin parantolan - nykyisin Marjatan sairaala - alueelta.

Oulun Diakonissalaitoksen sairaskoti

Oulun Diakonissalaitoksen sairaskodissa on tällä hetkellä tilat 15 sotainvalidille. Sotainvalidien määrä Oulun ja Lapin lääneissä on noin 6 000, joten nykyiset tilat ovat vain suurinta tarvetta auttava ratkaisu. Tästä johtuen Diakonissalaitos on ilmoittanut valmiutensa rakentaa erillinen sairaskoti, jota varten on hankittu jo tontti.

Toivonlinnan Kuntoparantolan sairaskoti

Kuntoparantolasäätiön suunnitelmana on perustaa Piikkiön kunnassa sijaitsevan Toivonlinnan kylpyparantolan (myöhemmin kuntoparantola) yhteyteen 22 - 44 paikkainen sairaskoti laitoshuoltoa tarvitsevia sotainvalideja varten. Veljesliiton Varsinais-Suomen piirin alueella asuu noin 2 500 sotainvalidia.

Muut laitokset

Alustavia suunnitelmia sotainvalidien sairaskotien rakentamiseksi on tapaturmavirastoon saatujen tietojen mukaan Helsingissä, Lahdessa, Oulaisissa, Janakkalassa (Kiipulasäätiö), Ähtärissä ja Seinäjoella.

6. SOTAINVALIDIEN LAITOSHUOLLON RATKAISUVAIHTOEHDOT

6.1. Sotainvalidien laitoshuollon erityistarpeet

Käytännössä on todettu, että sotainvalidien elinikä ei oleellisesti poikkea muusta väestöstä. Ennusteen mukaan sotavammaisten lukumäärä vähenee neljänneksellä vuoteen 1990 mennessä ja puoliintuu noin vuonna 1995. Heidän keski-ikänsä kasvanee 67:stä 76 vuoteen vuodesta 1984 vuoteen 1995. Heidän lukumääränsä vähentyessä tuntuvasti seuraavien 10-15 vuoden aikana heidän vanhenemisensa aiheuttaa jatkuvaa huollontarpeen lisääntymistä. Jo tässä vaiheessa sotavamma, etenkin vaikeavammaisilla, on aiheuttanut huomattavaa avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa ja selviytymisessä hoitaa asioitaan. Keskivaikean ja vaikean vamman saanut sotainvalidi kohtaa parhaillaan kehityksessä olevat vanhuuden ongelmat paljon huonommista lähtöasemista kuin muu väestö. Vaikean vamman saaneen herkästi järkkävän terveydentilan todennäköiseksi uhaksi iän myötä muodostuu hidas toimintakyvyn alentuminen ja muut sairaudet. Tällöin etenkin orgaanisten aivosairauksien ja psyykkisten häiriöiden esiintyminen tuntevan sotavamman saaneella aiheuttaa runsaasti avo- ja laitoshuollon sekä muiden hoito- ja tukipalveluiden tarvetta. Tämän lisäksi sotavammaisen selviytymistä vaikeuttaa ikääntyneen vaimon terveydentilan ja suorituskyvyn heikentyminen. Vaimon osuushan tähän asti on ollut keskeinen vaikean sotavamman saaneen hoivaamisessa.

6.2. Julkisen terveydenhuollon laitokset

Julkisen terveydenhuollon laitokset vastaavat sotainvalidien sairaanhoitotarpeista niin avo- kuin sairaalahoidonkin tasolla. Tämän täydennykseksi sotavammaisten erityisongelmat vaativat lisätoimenpiteitä kuten avohoidon tukea, kuntoutusta ja laitoshuoltoa. Näiden toteuttaminen julkisen terveydenhuollon laitoksissa tuottaa vaikeuksia. Maamme vanhusten ja vaikeasti sairaiden ja vammaisten kuntoutus ja laitoshuolto on tosin voimakkaasti aktivoitumassa ja kehityksessä, mutta tarpeet ovat myös erittäin suuret ja mm. vanhusväestön määrän huomattava kasvu koettelee resurssien riittävyttä. Vanhukset ovat terveydenhuollon suurkuluttajia ja heidän osuutensa sairaalapaikkojen käyttäjinä on ylittämässä suunnitellut määrät ja tilanne on lähivuosina vaikeutumassa. Vuodeosastoilla on runsaasti vanhuksia, jotka ovat hyvin huonokuntoisia. Aktivoiva kuntoutus ja tilapäinen laitoshuolto tuottavat huomattavia vaikeuksia henkilökunnan puutteen takia. Vaikeavam-

maisten sotainvalidien melko huomattavat erityiset palvelutarpeet eivät näinollen tule riittävästi otetuiksi huomioon. Sotavammaiset ovatkin tottuneet erityistarpeissaan kääntymään oman erityisjärjestelmänsä puoleen ja omissa laitoksissa on totuttu käsittelemään heidän asioitaan ja mm. arvioimaan sotavammojen merkitystä terveydentilan muutoksissa. Julkisen terveydenhuollon tueksi sotavammaisten kohdalla tulisi kehittää ja täydentää sotavammaisten erityisiä sairaanhoitolaitoksia. Sotavammaisille rakennetut laitoshuoltopaikat samalla keventäisivät maamme yleisen terveydenhuollon ylikuormitettua pitkäaikaishoitotarvetta.

6.3. Avohoito

Aktiivinen vammais- ja vanhustenhuolto vaatii erityisesti avohoitopalveluiden kehittämistä, perheen ottamista huomioon kokonaisuutena sekä kuntoutus- ja määrääaikaishuoltoa laitoksissa. Palvelutalotoiminnalla ja tukipalveluilla voidaan säästää laitospaikkoja etenkin vanhainkodeissa. Avohoidossa olevien vanhusten ja vammaisten tulee kuitenkin olla sekä psyykkisesti että fyysisesti hyväkuntoisia, sillä muuten omaisille asetettu vastuu ja rasitus ovat kohtuuttomia. Hyvin vaikeissakin sairauksissa ja avuttomien hoitamisessa hoidosta vastaavien omaisten motivaatiotekijät ovat ratkaisevia. Lähinnä pyritään toimimaan potilaan ja hänen lähiomaistensa ehdoilla.

Vaikean sotavamman saaneiden selviytyminen avohoidon keinoin on keskeinen tavoite, johon kuitenkin ei aina ole mahdollisuuksia uusien akuuttien sairauksien takia, ennen muuta keskushermoston sairauksien takia, jolloin hyvin nopeasti kehittyy suuriasteinen avuttomuus. Lähiomaisen sairastuminen aiheuttaa vaikeavammaisella ja avuttomalla myös suuria avohoito-ongelmia, sillä ympärivuorokautista turvaa vaikeavammaiselle ei juuri löydy muualta kuin lähiomaisista. Kun päivittäinen avuntarve kasvaa suureksi, on usein osalaitoshuolto tai jatkuva laitoshuolto ainoat vaihtoehdot. Uusien toimintamuotojen kuten valvotun kotisairaanhoidon ja päiväsairaanhoidon valmiudet hoitaa ympärivuorokautista apua ja valvontaa tarvitsevaa eivät vielä ole riittäviä. Valvotussa kotisairaanhoidossahan vain 10 % terveyskeskuksista on järjestänyt iltatyön, 73 %:lla on viikonloppupalveluita. Kotisairaanhoidon käynneistä 77 % tapahtuu kerran viikossa tai harvemmin (Kotisairaanhoidon toteuttamista koskeva selvitys, osa II, 1981).

Sotavammaiset tarvitsevat näitä kaikkia toimenpiteitä, mutta ne eivät ratkaise laitoshuoltotarvetta vaan aikaisemmat laitoshuoltotarvearviot edellyttävät

juuri avohoidon kehittämistä em. suuntaviivojen mukaan ja aktivoivaa otetta ikääntyneiden sotainvalidien terveydenhuollossa.

6.4. Vanhustenhuoltolaitokset

Vanhainkotitoimintaa ollaan kehittämässä avohuollon ja sairaalatoimen väli-
muodoksi. Vanhuksia pyritään kuntouttamaan, aktivoimaan ja tarjoamaan
heille päiväkeskuksissa tukipalveluita. Pysyväishoitoa on ruvettu muuttamaan
lyhytaikaiseksi hoidoksi ja näin muodostamaan vaihtoehto pitkäaikaiselle
laitoshoidolle.

Sotainvalidit voivat erityisongelmiensa takia vain rajoitetusti käyttää hyväk-
seen vanhainkotitoimintaamme, sillä he tarvitsevat erityispalveluja ja juuri
sotavammoihin perehtyneen henkilökunnan antamia perussairaanhoidon palve-
luita, kuntoutusta ja lyhyt- tai pitkäaikaista laitoshuoltoa. Tämän takia
vanhainkodit eivät voi ratkaista sotavammaisten laitoshuoltotarvetta.

6.5. Sairaskodit

Vaikean sotavamman saaneiden laitoshuoltotarpeista vastaavia ja erityisesti
sotavammaisia varten perustettuja laitoksia on ollut toiminnassa viime sodis-
tamme lähtien. Sairaskoti ei käsitteenä ole vielä vakiintunut ja sen synonyymi-
nä on käytetty myös veljeskoti-nimitystä.

Sotavammaisille tarkoitetut erityiset laitokset ovat eräiden osalta vanhentu-
neita eivätkä täytä niitä vaatimuksia, joita sotainvalidien laitoshuollolle
asetetaan. Sen sijaan uusien yksiköiden toimintamahdollisuudet ovat tyydyttä-
viä ja niiden toiminta on vakiintunut ja osoittanut tarpeellisuutensa. Tämä
sotavammaisten erityislaitostoiminta on kehittynyt erityisesti viime vuosina
Itä-Suomen alueilla ja samantyyppisiä ratkaisuja on havaittu tarvittavan
myös maamme muissa osissa; siis laitoshuoltokapasiteetin täydentämistä
niin määrällisesti kuin alueellisestikin.

On pidetty tärkeänä, että sotainvalidit saisivat erityispalvelujaan oman
maakunnan alueella, jossa sijaitsevalla sairaskodilla olisi tuntuma lähiseutujen

sotainvalideihin. Sairaskodin tulisi siis antaa jaksottaista ja pitkäaikaista laitoshuoltoa, mahdollisesti osa-aikaista laitoshuoltoa, kuntoutuspalveluita sekä muitakin lääkinnällisiä palveluita vaikeavammaisille. Tämän ratkaisun perusteluina ovat ennenmuuta sotavammaisten vammojen haittojen aiheuttamat erityisongelmat ja heidän tottumuksensa käyttää juuri heitä varten tarkoitettuja laitoksia, joissa on heidän ongelmiinsa perehtynyt henkilökunta. Sairaskotivaihtoehtoa puoltaa myös se, että lisäpaikkojen rakentaminen ja hankkiminen täydentää ja ajanmukaistaa jo aloitettua laitoshuoltoratkaisua ja samalla merkitsee toiminnan jatkuvuutta ja sen kehittämistä sotavammaisten tullessa elämänsä vaikeimpaan vaiheeseen, jolloin huollon tarve on suuri. Sotainvalidien pitkän lääkinnällisen ja sosiaalisen huollon kokemukset puoltavat myös tätä ratkaisua.

6.6. Osa-aikainen laitoshuolto

Kaikkien sotainvalidien sairaanhoito ei edellytä ympärivuorokautista huolenpitoa, vaan saattaa riittää esimerkiksi, että hän on päivät hoidossa ja yöt kotona tai päivävastoin. Sotilasvammalaki ei sisällä säädöksiä tällaisesta osa-aikaisesta laitoshuollosta.

Osa-aikaisella laitoshuollolla saavutettaisiin muihin ratkaisumalleihin nähden eräitä etuja. Se tulisi ensinnäkin yhteiskunnalle halvemmaksi, koska mm. yöpävystys- ja yömajoituskustannukset jäisivät pois. Lisäksi tämä mahdollistaisi aviopuolisoiden yhdessä elämisen. Myös rahoituksellisesti päästäisiin laajemmalle pohjalle, koska invalidi voisi asua kodissaan, jolloin tähän osaan voitaisiin käyttää asuntotuotantomäärärahoja. Asuntolan sijaitseminen hoitolaitoksen välittömässä läheisyydessä ei estäisi asuntohallituksen rahoitusta. Edellytyksenä olisi, että asuntola olisi todella muusta laitoksesta erillinen puhtaasti asumiseen tarkoitettu rakennus. Asuntolan sijaitseminen lähellä hoitolaitosta olisi toisaalta kuljetusten järjestämisen kannalta tarpeellista. Mitään estettä ei sinänsä olisi sotainvalidin laitospalvelusten käytölle entisestä kodistaan käsin, jos se vain sijaitisi kyllin lähellä laitosta.

Toisin kuin varsinaisessa laitoshuollossa asuntola-päivähoitolaitos ratkaisussa ei invalidien puolison asema muodostaisi ongelmaa. Hän asuisi normaalisti omassa asunnossaan ja voisi jatkaa asumistaan myös miehensä kuoltua. Terveystenhoitopalvelut järjestyisivät heille yleisen terveydenhuollon palvelujen kautta.

Osa-aikainen laitoshuolto muodostaisi joustavan välivaiheen kotona olemisen ja laitoshoidossa olemisen väliin. Hoitotarve voitaisiin määrittää yksilöllisesti ja sopeuttaa hoitomäärä kunkin potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Kun kotihoito kävisi yölläkin mahdolliseksi, voitaisiin potilas siirtää kokonaan laitoshoitoon jolloin vielä silloinkin olisi syytä pyrkiä mahdollisuuksien mukaan siirtämään potilas ajoittain kotihoitoon.

7. SAIRASKOTIEN RAKENTAMISKUSTANNUSTEN RAHOITUSMAHDOLLI- SUUDET

7.1. Perustamiskustannusten rahoitus

7.1.1. Valtion suora rahoitus

Toiminnassa olevista laitoksista vain Kaunialan Sotavammassairaala ja Punkaharjun Kuntoutussairaalan Finlandia-osasto ovat saaneet suoraa valtion rahoitusta perustamiskustannuksiinsa. Määräraha on näissä tapauksissa ollut kertaluonteista, yhteen kohteeseen rajoittuvaa. Suunnitteilla olevien laitosten rahoituksissa ei yhdessäkään ole esitetty rahoitusta valtion budjettivaroilla. Valtio voi myöntää laitosten rakentamiseen vuosittaisen tulo- ja menoarvion kautta harkinnanvaraista tai lakisääteistä valtionapua. Tällaista momenttia ei valtion budjetissa kuitenkaan tällä hetkellä ole.

7.1.2. Raha-automaattivastukset

Raha-automaattivaroja voidaan myöntää avustuksina tarkoituksiin, jotka mainitaan arpajaislaissa (491/65). Avustuksia voidaan myöntää oikeuskelpoisille yleishyödyllisille yhteisöille ja säätiöille, joiden toimialat on lueteltu raha-automaattiasetuksessa (676/67). Raha-automaattivastusten myöntämisessä, käyttämisessä, maksamisessa ja käytön valvonnassa tulee soveltuvin osin noudattaa valtioneuvoston päätöstä valtionavustuksia koskeviksi yleismääräyksiksi (490/65 muutoksineen), koska raha-automaattivastukset myönnetään valtion tulo- ja menoarvioon otetusta määrärahasta ja koska niiden myöntäminen on harkinnan varassa. Raha-automaattivarojen käytössä otetaan soveltuvin osin huomioon valtion tulo- ja menoarvion soveltamista koskevat yleis- ja erityismääräykset sekä valtioneuvoston mahdollisesti antamat ohjeet erityisesti investointien luototuksessa noudatettavista periaatteista.

Kullakin avustettavan toiminnan alalla kiinnitetään erityistä huomiota yleishyödyllisen toiminnan tarpeellisuuteen, tärkeyteen ja kiireellisyyteen. Mikäli jollakin avustettavan toiminnan alalla havaitaan olevan valtakunnallisesti tärkeitä, mutta puuttuvia tai laiminlyötyjä toimintamuotoja, varoja ehdotetaan myönnettäväksi varsinkin sellaisille yhteisöille, jotka hakevat avustusta tällaisten toimintamuotojen tukemiseen. Avustuksia suunnataan erityisesti sellaisiin järjestöjen uusiin toimintamuotoihin ja kokeiluihin, joiden suorittaminen on tarkoituksenmukaista vapaaehtoisen järjestötoiminnan piirissä ja joilla

tähdätään julkisen vallan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden täydentämiseen. Sairaalatoiminnasta aiheutuvat menot ovat yleensä valtion ja kuntien suoritettavia, joten niitä varten raha-automaattivastuksia ei yleensä myönnetä. Niissä tapauksissa, jolloin yhteisöt joutuvat ylläpitämään sellaisia laitoksia, joita varten tähänastisen lainsäädännön perusteella rahoitusta ei saada järjestykseen valtion taikka kuntien tuen avulla, raha-automaattivastusta voidaan ehdottaa myönnettäväksi erityisesti investoinneista aiheutuvan yhteisön oman rahoitusosuuden peittämiseksi.

Avustuksia ehdotettaessa yleensä edellytetään, että yhteisön tulee käyttää yleishyödylliseen toimintaan myös omia tulojaan ja varsinkin investointeihin myös omia varojaan.

7.1.3. Kuntien rahoitus

Kunnat voivat osallistua sairaskodin rakentamiseen kunnallislain (953/76) perusteella monella eri tavalla ja eri suuruisella panoksella. Perusteluna kuntien osallistumiselle on yhteisten asioiden hoito, johon voitaneen katsoa kuuluvan huolehtiminen sotainvalidien vanhuudenturvasta. Lisäksi pitkällä aikavälillä katsottuna sotainvalidien hoitopaikat vapautuvat yleensä yleisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän käyttöön.

Kunnan tuki voi rajoittua materiaalsen tuen antamiseen sairaskodille. Yleisimpänä muotona on ollut tontin osoittaminen sairaskodin rakentamista varten joko lahjoituksena tai edullisesti myymällä tai vuokraamalla.

Rahallisen tuen määrä ja muoto voi myös vaihdella tapauksen mukaan. Periaatteellista estettä kunnan suorallekaan rahoitukselle ei sinänsä ole. Käytännössä on hyvin toimivaksi järjestelmäksi todettu kuntien epäsuora osallistuminen tukemalla tai osallistumalla sairaskotia hoitavan yhdistyksen, säätiön tai kiinteistöosakeyhtiön toimintaan.

7.1.4. Työllisyysmäärärahat

Työllisyyden hoitoon tarkoitettuja määrärahoja käytetään työllisyyslain (946/71) mukaan. Työllisyysmäärärahat sairaskotien rakentamiseen voivat tulla kysymykseen momentilta 34.50.62 Työllisyysperusteinen valtionapu kuntien investointeihin. Kysymyksessä on suora avustus, jonka käytölle ei periaatteessa ole estettä. Määrärahan käytössä noudatetaan sosiaali- ja terveysministeriön normien mukaista avustusosuutta. Hakemukset käsitellään valtioneuvoston raha-asiain valiokunnassa sosiaali- ja terveysministeriön lausunnon pohjalta.

mukaisena. Vuokra-asunnossa asuvan elinkorko maksetaan todellisen työkyvyttömyysasteen mukaan.

7.1.6. Yksityinen rahoitus

7.1.6.1. Rahoituslaitokset

Rahoituslaitokset ovat olleet osittain rahoittamassa laitosten rakentamista lainoilla. Pankki- ja vakuutuslaitosrahoitus jakaantuu yleensä usean rahalaitoksen ja rahalaitosryhmän kesken. Tulevissa suunnitelmissa rakentamisen pääasiallinen rahoitus jouduttaneen keräämään rahalaitoslainoina.

7.1.6.2. Muu rahoitus

Muiden rahalähteiden käyttö riippuu hankkeen vetäjien toimeliaisuudesta ja paikallisista olosuhteista. Näitä rahanlähteitä ovat lähinnä erilaiset keräykset, testamentit ja lahjoitukset.

7.1.7. Suunnitteilla olevien laitosten rahoitus

Haminan Sairaskoti

Alustavan suunnitelman mukaan kokonaiskustannukset ovat noin 10 miljoonaa markkaa. Asuntohallitukseen jätetyn asunto-osan hinta on arvioitu 4,5 miljoonaksi markaksi, johon on lisättävä ruokala- ja kerhorakennuksen hinta noin 1,5 miljoonaa markkaa, joten sairaskodin hinnaksi tulee noin 4 miljoonaa markkaa.

Haminan kaupunki on hakenut asuntohallitukselta asuntolainaa asunto-osaa varten. Asuntolainan lisäksi rahoitusta varten anotaan ensisijaislainoja raha- ja vakuutuslaitoksilta, minkä lisäksi Haminan kaupunki osallistuu hankkeeseen omarahoitusosuudellaan, jonka suuruus on noin 5 %.

Sairaskodin osalta rakennuttajana toimii Kymen Sotavammaisten Tukiyhdistys. Sairaskodin rakentamiseen haetaan Raha-automaattiyhdistykseltä avustusta, sekä raha- ja vakuutuslaitoksilta lainaa, jotka yhteensä olisivat noin 95 % kustannuksista. Rahoituksessa pyritään löytämään myös muita avustuslähteitä, jolloin pankki- ja vakuutusyhtiölainojen osuutta voitaisiin pienentää vastaavalla määrällä.

Kiintiöt jaetaan työvoimapiireihin, jotka laativat vuoden alussa kiireellisyysslistat rakennuttajien piiritoimistoihin tekemistä hakemuksista. Piireihin jako merkitsee käytännössä sitä, että määräraha voi tulla kysymykseen vain vaikeilla työllisyysalueilla.

Sotainvalidien Veljesliitto piireineen samoin kuin yhteisöt, joissa kunta on mukana, on hyväksytty sellaisiksi yhteisöiksi, jotka voivat saada ko. työllisyysavustusta.

7.1.5. Asuntolainarahoitus

Asuntotuotantolain (81/82) nojalla muulle kuin luonnolliselle henkilölle voidaan asuntolainaa myöntää vuokratalon rakentamiseen, laajentamiseen tai peruskorjaukseen, asunto-osuuskuntatalon peruskorjaukseen sekä vuokra-asuntona käytettävän asuinhuoneiston hankkimiseen.

Asuntotuotantoasetuksen (88/68) mukaan asuntolainan avulla rakennettavassa vuokratalossa olevien asuntojen yhteenlasketun huoneistoalan tulee olla vähintään 75 % rakennuksen huoneistojen kokonaispinta-alasta.

Asuntotuotantolain mukaan asuntolainoitettua vuokra-asuntoa on käytettävä asuntotuotantolaissa tarkoitetut edellytykset täyttävän ja kunnan vuokralaiseksi hyväksymän henkilön vuokra-asuntona. Saman lainkohdan mukaan asuntohallitus voi myöntää luvan käyttää tällaista asuinhuoneistoa muuhun kuin asuintarkoitukseen. Pysyvä lupa voi koskea vain vähäistä osaa talon kaikista asuinhuoneistoista.

Kun sotavammaisten sairaskodeiksi katsotaan sairaanhoitolaitokset, jossa pysyvässä tai lyhytaikaisessa laitoshuollossa ovat henkilöt, joita ei vaikean vamman tai sairauden takia voida kohtuudella hoitaa kotona, ei näiden voi katsoa olevan vuokrataloja, jotka voitaisiin lainoittaa asuntotuotantomäärärahoista.

Asuntolainoitus voisi tulla kyseeseen silloin, jos sotainvalidien tarpeisiin rakennetaan vanhustentalotyyppinen vuokratalo. Jos tällainen sijaitsee lähellä kuntoutus- ja sairaanhoitopalveluja tarjoavia laitoksia, joita sotainvalidit voisivat käyttää, välttyisivät nämä mahdollisimman pitkään laitokseen menolta ja perheestä eroamiselta. Vanhustentalossa asuvan sotainvalidin on kustannettava asumisensa ja ruokailunsa itse. Asumiskustannuksiin tosin voi saada kansaneläkelaitoksen asumistukea. Sotilasvammalain mukaan laitoshuollon ajalta suoritetaan sotilasvammalain mukainen elinkorko 100 %:n työkyvyttömyysasteen

Keski-Suomen Sairaskoti

Sairaskodin rakentamista ja ylläpitämistä varten perustetun säätiön peruspääoma on 10 000 markkaa. Rakentamisen kustannusarvio on noin 15 miljoonaa markkaa. Hankkeen rahoitus on suunniteltu Raha-automaattiyhdistyksen avustuksen ja yleisiltä rahoitusmarkkinoilta saatavien luottojen varaan. Luotoneuvotteluja on alustavasti käyty jyvaskylälaisten rahoituslaitosten kanssa. Ainakin rakennusaikaisessa rahoituksessa tukenee hanketta myös Jyvaskylän kaupunki.

Porin Sairaskoti

Porin Diakonialaitoksen omistaman kiinteistön osan saneeraaminen sotainvalidien sairaskodiksi arvioidaan maksavan noin 2,8 miljoonaa markkaa. Saneeraus-kustannuksista vastaa Porin Diakonialaitos.

Tampereen Sairaskoti

Suunnitelman mukainen rakennuksen hinta on noin 16 miljoonaa markkaa. Rahoitussuunnittelu perustuu osittain Raha-automaattiyhdistyksen avustukseen ja mahdolliseen valtion rahoitukseen. Huomattava osa rahoituksesta jää katettavaksi rahalaitosten antamilla lainoilla. Oma rahoitusta kartutetaan lahjoitusten ja erilaisten varainkeräyskampanjoiden avulla.

Härmän Kuntokeskuksen Sairaskoti

Härmän Kuntokeskuksen Sairaskoti on aluksi tarkoitus perustaa jo rakennettuihin kuntoutuslaitoksen tiloihin, jolloin perustamiskustannukset jäävät vähäisiksi.

Muiden suunnitteilla olevien laitosten osalta ei ole tiedossa rahoitusjärjestelyjä.

7.2. Käyttökustannusten korvaaminen

7.2.1. Sotilasvammakorvaukset

Sotainvalidin huolto erityisessä laitoksessa voidaan korvata sotilasvammalainojalla tapauksissa, joissa häntä terveydentilan pitkällisen heikentymisen takia ei kohtuudella voida hoitaa kotona.

Korvaus myönnetään invalidille itselleen, mutta käytännön järjestelyjen vuoksi tapaturmavirasto suorittaa korvaukset laitoksille joko hoitopäivämaksuna tai sataprosenttisena korvauksena käyttötalousmenoista hyväksytyjen talousarvioiden perusteella.

Sotilasvammalaissa tarkoitetun sairaanhoitokorvauksen edellytyksenä on, että hoidon tulee tapahtua tarpeettomia kustannuksia välttäen. Tapaturmaviraston taloudellinen valvontaoikeus ei ulotu riittävänä kaikkiin niihin laitoksiin, joiden sotainvalideille antama hoito maksetaan hoitopäivämaksuina (esimerkiksi terveyskylpylät). Tästä syystä on vaikeata sanoa, missä määrin hoitopäivähintaan sisältyy pääomamenoja.

7.3. Rahoitusvaihtoehtojen vertailu

Sairaskotien rakentamiskustannuksia on vertailtu julkissektorin kokonaisuuden kannalta. Julkisten järjestelmien sisäinen vertailu on jätetty pois, koska kokonaisuuden kannalta ei ole merkitystä sillä, mitä kautta rahoitus kulkee, ja ratkaisevaa on vain, miten eri vaihtoehdot poikkeavat toisistaan kustannuksiltaan ja ajoituksiltaan. Näissä suhteissa vaihtoehdot poikkeavat ulkopuolelta saatavan rahan hinnan ja takaisinmaksuehtojen perusteella.

Nykyisen käytännön mukaan on laitoshuoltolaitosten vieraille pääomalle maksumat korot hyväksyty käyttökustannuksiksi. Korkomenot sisältyvät tapaturmaviraston hyväksymään hoitopäivämaksuun tai kokonaistalousarvioon. Korkomenojen kokonaismäärä riippuu tietysti myös lainapääoman suuruudesta. Liitteessä 2 on esitetty laskelma esimerkkinä "kovan rahan" sairaskodin käyttökustannuksista. Laitoksen perustamiskustannuksiksi on arvioitu 20 miljoonaa markkaa, josta lainapääoman osuus olisi 16 miljoonaa markkaa. Laitoksen paikkaluku on 100 ja käyttöasteeksi on arvioitu 80 %. Käyttökustannukset on laskettu nykyisten sairaskotien käyttökustannusten suuruiseksi 10 %:n kustannustennousuvauhdilla. Laitoksen hoitopäivähintaa on liitteessä verrattu ns. yleiseen kylpylöiden kuntoutushoitopäivähintaan ja laskettu näin syntyvä säästö. Liitteessä olevassa "kovan rahan laitoksessa" on vieras pääoma arvioitu työryhmän käsityksen mukaan maksimiinsa, jolloin korkomenojen osuus hoitopäivähinnasta olisi 10 %:n korolla ensimmäisenä toimintavuonna 54,79 markkaa ja viidentenä 32,87 markkaa. Nykyisin toiminnassa olevissa laitoshuoltolaitoksissa jää koron osuus yleensä alle 10 markan hoitopäivää kohden laskettuna. Korkoprosentin muutos aiheuttaa em. "kovan rahan" laitoksen hoitopäivähintaan 5,48 - 3,29 markan muutoksen prosenttiyksikköä kohden. Kun verrataan näin syntyvää kokonaispäivähinta-arviota ns. yleiseen kylpylöiden kuntoutushoitopäivähintaan, jää se "kovan rahan" laitoksessa suurimmillaankin alhaisemmaksi, joten johtopäätöksenä voidaan todeta, että pääomakustannusten

osittainen lisääminen sairaskotien hoitopäivähintaan ei nosta kustannuksia kohtuuttoman suuriksi.

Julkisen sektorin ulkopuolelta saatava rahoitus muodostunee suurimmalta osalta vieraasta pääomasta sekä vähäisemmältä osalta sairaskodin omasta pääomasta ja omatoimisesta varainhankinnasta. Hoitopäivähinnan muodostuminen tulee siis osittain riippumaan lainapääoman korosta ja takaisinmaksuajasta. Pääomamenojen osuus kokonaismenoista on toiminnassa olevista laitoksista suurimmillaan noin 10 %:n luokkaa ja liitteessä esitetyssä "kovan rahan" laitoksessa ensimmäisenä vuotena 40,5 % ja viidentenä toimintavuotena 27,2 %.

Nykyisten laitoshuoltolaitosten lainaehdot ovat yleisesti niin edullisia, että niiden sisällyttäminen nostaisi hoitopäivähintaa alle 10 markkaa. Laskennallisessa "kovan rahan" laitoksessa, jonka rahoitukseen on laskettu käytettävän 16 miljoonaa markkaa lainavaroja, tulisi 10 vuoden maksuajalla lainan lyhennyksistä 54,79 markkaa hoitopäivää kohden.

8. PITKÄAIKAISSAIRAANHOITOON TARVITTAVIEN SAIRASKOTIEN TULEVA KÄYTTÖ

Sotainvalidien sairaskotien käyttö alkuperäiseen tarkoitukseensa tulee olemaan lyhyempi kuin niiden käyttöikä. Aluksi tulee kuitenkin sotainvalidien laitoshuollon tarve lisääntymään heidän kokonaislukumääränsä pienentymisestä huolimatta, joten merkittävää laitospaikkojen vapautumista tulee tapahtumaan vasta ensi vuosituhannen puolella. Tällöin muutos tulee olemaan melko nopeata. Muutos tapahtuu samanaikaisesti kuin vanhusten määrässä tapahtuu suuri lisäys ns. suurten ikäluokkien tullessa vanhusikään. Yleisen sosiaali- ja terveydenhuollon sektoriin ei liene odotettavissa resurssien riittävää lisäystä tavoitteiden saavuttamiseksi. Työryhmän käsityksen mukaan sotainvalidien sairaskotien kapasiteetti voitaneen käyttää yleisen sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeisiin ilman, että sektorille muodostuu ylikapasiteettia. Laitospaikkojen tarjontaa vaihtelee kunnittain, joten uusien laitosten sijoituspäätöksissä tulisi ottaa tarpeellisessa määrin huomioon julkisen sektorin paikkatavoitteet. Sotainvalidien sairaskotien siirtyminen yleisen järjestelmän käyttöön tulisi tapahtua sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmien puitteissa.

9. TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET

Työryhmän käsityksen mukaan sotilasvammalain mukainen laitoshuolto, siltä osin, kuin sitä ei ole mahdollista kehittää yleisen terveydenhuollon tai sosiaali-toimen palveluja parantamalla, voidaan parhaiten toteuttaa sotainvalideja varten rakennettujen sairaskotien avulla. Sotavammaisten erityisongelmat vaativat erilaisia toimenpiteitä kuten avohoidon tukea, kuntoutusta ja laitoshuolta, joiden toteuttaminen julkisen terveydenhuollon laitoksissa tuottaa vaikeuksia mm. vanhusväestön määrän huomattavan kasvun koetellessa resurs-sien riittävyttä. Vaikeavammaisten sotainvalidien melko huomattavat erityis-palvelujen tarpeet eivät näinollen tule riittävästi otetuksi huomioon. Sotavam-maiset ovat tottuneet kääntymään erityistarpeissaan oman erityisjärjestel-mänsä puoleen ja heidän omissa laitoksissaan on totuttu käsittelemään heidän asioitaan. Sotainvalidit tarvitsevat hyvätasoisia ja nimenomaan sotavammoihin perehtyneen henkilökunnan antamia perussairaanhoidon palveluita ja kuntou-tusta sekä lyhyt- tai pitkäaikaista laitoshuoltoa. Sairaskotien rooli ei ole pelkästään laitoshuoltopaikkojen tarjoaminen, vaan myös laitoshuoltoa ennal-taehkäisevä toiminta. Esimerkiksi sairaskoti voi antaa sotilasvammalain mu-kaisia avohoitoa palveluja lähistöllä asuville sotainvalideille. Näiden palvelujen saatavuutta voidaan parantaa rakentamalla sotainvalidien asuintaloja sairasko-tien läheisyyteen. Laitoksista täysin erillään olevan, pelkästään asumissuhtee-seen perustuvan rakennuksen rahoittamiseen voidaan käyttää asuntotuotanto-lain mukaista rahoitusta.

Sotainvalidin terveydentilaa ja muita olosuhteita seuraten sairaskoti voi toimia "liukuvasti" kotihoidon ja pysyvän laitoshuollon välivaiheessa antamalla jaksot-taista laitoshuoltoa. Tällöin potilasta ei oteta suoraan pysyvästi laitokseen, vaan tarpeen vaatiman pituiseksi jaksoksi, yleensä muutamaksi kuukaudeksi. Tilanteen parannuttua joko terveydentilassa tai kotiolosuhteissa voidaan mo-nessa tapauksessa invalidi siirtää takaisin kotihoitoon. Omaiset uskaltavat ottaa huonokuntoisen potilaan kotihoitoon, mikäli hänelle taataan tarvittaessa välittömästi paikka sairaskodissa. Invalidin olosuhteissa tapahtuneen ratkaise- van huonontumisen jälkeen sairaskoti tarjoaa hänelle pysyvän laitospaikan.

Pysyvään laitoshuoltoon joutumista ehkäisevänä tekijänä työryhmä esittää sotilasvammalakiä (404/48) muutettavaksi siten, että osa-aikaisen laitoshuol-lon korvaaminen tulisi mahdolliseksi. Osa-aikainen laitoshuolto tekisi mahdolli-seksi sotainvalidin kotona-asumisen. Tämä alentaisi myös kustannuksia kokoai-kaiseen laitoshuoltoon verrattuna. Samoin kuin jaksottainenkin laitoshuolto, osa-aikainen laitoshuolto muodostuisi yleensä välivaiheeksi kotihoidon ja lai-toshuollon välille.

9.1. Ehdotukset alueellisten sairaskotipaikkojen määrästä

Kansaneläkelaitoksessa laaditussa selvityksessä on ehdotettu käytettäväksi sotainvalidien sairaskotipaikkatarvetta arvioitaessa prosenttilukuja, jotka osoittavat kuinka suuri osuus vastaavanikäisistä miehistä on joutunut laitoshuoltoon (laitoshuoltoisuusprosentti), koska käytettävissä olevien resurssien puitteissa ei ole ollut mahdollista selvittää missä määrin sotainvalidien vammat ja sairaudet aiheuttavat jatkossa laitoshuoltotarpeen lisäystä muuhun väestöön verrattuna. Erityisesti vaikea- ja erityisvammaisten voidaan olettaa aiheuttavan huomattavaa lisäystä keskimääräisiin prosentteihin nähden. Keskimääräiset laitoshuoltoisuusprosentit vuosina 1980 - 82 miehillä olivat 1,4 % 55-64-vuotiailla, 3,2 % 65-74-vuotiailla ja 9,8 % yli 75-vuotiailla. Laitoshuoltoipaikkojen määräksi saadaan, kun kyseisten ikäryhmien vähintään 30 %:n työryhtömyysasteen omaavien sotainvalidien ennustetuista lukumääristä lasketaan vastaavat prosenttiosuudet: 687 paikkaa vuonna 1984, 836 paikkaa vuonna 1989, 765 paikkaa vuonna 1994 ja 636 paikkaa vuonna 1999. Paikkatarve olisi siis suurimmillaan 836 paikkaa vuonna 1989. Sairaskodeissa on lisäksi tarkoitus antaa arviolta 200 - 300 paikalla kuntoutusta erityisesti vaikeavammaisille sotainvalideille sekä toteuttaa jaksottaista ja osa-aikaista laitoshuoltoa, joten työryhmän käsityksen mukaan sairaskotien kokonaispaikkamäärän tulisi olla vähintään 1 000 paikkaa.

Tällä hetkellä laitoshuollolle asetettavat vaatimukset täyttäviä paikkoja on 305, jossa ei ole otettu huomioon Sairaskoti Honkalan ja Kyyhkylän invalidi- ja sairaskodin 94 paikkaa. Liitteenä 3 olevassa taulukossa, "Alueellisten sairaskotien paikkatarve lääneittäin" on laskennallinen laitospaikkatarve jaettu lääneittäin. Puhtaasti laskennalliseen jakaantumiseen työryhmä on tehnyt seuraavat pienet muutokset viiden läänin osalta.

Uudenmaan lääniin sijoittuva Kaunialan Sotavammassairaala (110 laitoshuolto- paikkaa) on lähinnä valtakunnallinen tutkimussairaala, jonka lääketieteellinen taso ylittää sairaskodille asetettavat vaatimukset. Tästä syystä Uudenmaan läänin laskennallinen vajaus on nostettu 53:sta 100:aan laitospaikkaan. Lisäystä puoltaa myös julkisen sektorin laitospaikkojen tarjonnan niukkuus Uudellamaalla ja varsinkin pääkaupunkiseudulla. Esitetty vajauksen suuruus vastaa myös Helsinkiin alustavasti kaavaillun sairaskodin kokoa.

Mikkelin läänissä ylittää hoitopaikkojen määrä läänin tarpeen. Työryhmä ei ole kuitenkaan katsonut perustelluksi vähentää jo olemassa olevia paikkoja, koska huomioon ottaen Kyyhkylän invalidi- ja sairaskodin huonon soveltuvuuden laitoshuoltoon jää ylitys pieneksi.

Pohjois-Karjalan läänissä ylittää myös hoitopaikkojen lukumäärä laskennallisen tarpeen. Työryhmä esittää kuitenkin lääniin lisäystä 24 paikkaa, joka vastaa Pohjois-Karjalan Sairaskodin laajennushanketta. Laajennusosa mahdollistaisi sotainvalidien puolisoitten mukaan ottamisen laitokseen ja laajennusosaa voitaisiin työryhmän käsityksen mukaan alueelliset olosuhteet huomioon ottaen pitää muutenkin perusteltuna.

Kuopion läänin ehdotetuksi lisäykseksi on työryhmä esittänyt 20 paikkaa laskennallisen 17 sijaan, koska tämä vastaa vireillä olevaa Iisalmen Veljeskodin laajennusta. Lisäksi kyseinen laajennus tulisi lisäämään vaikeavammaisten kuntoutuskapasiteettia, josta maassamme on pulaa.

Lapin läänissä on laskennallinen tarve huomioonottaen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukset pudotettu ehdotuksessa 47:stä 30:een.

Muiden läänien osalta paikkatarpeen jakaantuminen on liitteen mukainen.

Edellä esitetyn perusteella ottaen huomioon Kaunialan sotavammassairaalan tutkimussairaaluonteeseen ja valtakunnallisen aseman, Sairaskoti Honkalan sekä Kyyhkylän invalidi- ja sairaskodin puutteellisen tason samoin kuin edellä esitetyt läänittäiset poikkeamat, työryhmä esittää rakennettaviksi tarkoituksenmukaisesti eri puolille Suomea alueellisia sairaskoteja, joissa olisi yhteensä noin 800 vuodepaikkaa. Rakentamisen tulisi tapahtua vuosina 1985 - 89 keskimäärin 150 laitospaikan vuosivauhdilla.

9.2. Ehdotukset sairaskotien rakentamiskustannusten rahoitusjärjestelyiksi

Sairaskotien perustamiskustannuksiin ei valtio osallistu lakisääteisesti. Työryhmän käsityksen mukaan kaikkia muita aikaisemmin esitettyjä rahoitusmuotoja lukuunottamatta asuntotuotantomäärärahoja voidaan periaatteessa käyttää uusien sairaskotien rakennuskustannusten rahoittamiseen. Tapauksesta riippuen eri rahoituslähteiden osuus tulee luonnollisesti vaihtelevaan, mutta kaikissa tapauksissa jouduttaneen turvautumaan useampaan lähteeseen. Oman pääoman sekä avustusten, omatoimisen varainhankinnan ja lahjoitusten osuus tulee ilmeisesti olemaan pienempi kuin vieraan pääoman ehdoilla saatu lainapääoma.

Nykyisistä laitoksista Sotainvalidien Veljesliiton laitosten ja Pohjois-Karjalan Sairaskodin käyttökustannukset tapaturmavirasto on korvannut 100 %:sti momentilta 33.22.55 Valtion korvaus sotainvalidien kuntoutus- ja hoitolaitosten käyttökustannuksiin. Näihin korvauksiin on valtiovarainministeriön kannanoton perusteella sovellettu valtionapuseränsä, joten lainojen kuolekukset ovat jääneet korvaamatta.

Muiden kuin Veljesliiton laitosten tai Pohjois-Karjalan Sairaskodin osalta on käytetty hoitopäivähintaan perustuvaa korvausmenettelyä, jolloin on noudatettu sotilasvammalain määräyksiä hoitopäivähinnan kohtuullisuudesta. Nämä hoitopäiväkorvaukset on suoritettu momentilta 33.22.50. Sotilasvammakorvaukset. Näihin hoitopäiväkorvauksiin voidaan katsoa sisältyneen pääomakuluja (lainojen lyhennykset ja korot).

Työryhmä esittää, että tapaturmavirasto käyttäisi sairaskotien kustannusten korvaamisessa hoitopäivämaksujärjestelmää, jolloin pääomamenot voitaisiin ottaa huomioon määrättäessä laitoksen hoitopäivähintaa. Korvaamisen ehtona kuten tähänkin asti olisi, että lainojen lyhennysten vaikutus hoitopäivähintaan olisi kohtuullinen sekä erikseen että kokonaihoitopäivän hinnassa. Lainojen lyhennyksiin hyväksyttävät menot olisi jaksotettava vähintään kymmenelle vuodelle. Erityisissä tapauksissa tapaturmavirasto voisi hyväksyä lyhyemmän kuoletusajan. Tapaturmaviraston olisi hyväksyessään uusia sairaskoteja tehtävä niiden kanssa sopimus, jolla annettaisiin virastolle riittävä oikeus valvoa ja tarkastaa laitosten toimintaa ja taloutta.

Korkein hallinto-oikeus on mm. Keuhkovammaliiton valituksesta antamassaan, yksityisten valtionapulaitosten toimiehtosopimuslaissa tarkoitettua neuvottelujärjestelmän soveltamisalaa koskevassa päätöksessä (1458/25.4.1983) lausunut, että hoitokorvaukset, joita tapaturmavirasto on sotilasvammalain 6 §:n 3 momentissa säädetyn sairaanhoidon korvaamisesta annetun asetuksen 10 §:n nojalla maksanut eräille kuntoutuslaitoksille, eivät ole valtionapua. Tästä syystä työryhmä esittää yhtenäisen käytännön toteuttamiseksi kantanaan, että vastaavia perusteita olisi aiheellista soveltaa niiden laitosten pääomakulujen korvaamiseen, joiden käyttökustannukset tapaturmavirasto suorittaa momentilta 33.22.55..

Työryhmä on arvioinut uuden laitospaikan hinnaksi 250 000 markkaa Raha-automaattiyhdistykseen vuonna 1983 saapuneiden hakemusten perusteella, jolloin 150 paikan vuotuinen lisäys kokonaisuudessaan vieraalla pääomalla aiheuttaisi esimerkiksi lainojen takaisinmaksuun kuluvaan 10 vuoden aikana 3,75 miljoonan markan menojen lisäyksen vuotta kohti. Vuoden 1990, jolloin kaikki 800 paikkaa olisivat käytössä, kuoletuskustannukset olisivat nykyisen hintatason mukaan näin ollen 20 miljoonaa markkaa. Osa paikoista rakennettaneen kuitenkin halvemmalla olemassa olevia tiloja saneeraamalla. Momentille 33.22.50 Sotilasvammakorvaukset ei tarvitsisi kuitenkaan esittää lisärahoitusta, sillä työryhmä on todennut ja esittää seuraavat säästökohteet:

- 1) Sotainvalidien luonnollinen poistuma on vuonna 1985 arvion mukaan noin 2 200 invalidia. Samanaikaisesti arvioidaan vuonna 1985 tulevan kuitenkin

ns. haravoinnin perusteella uusia elinkoronsaajia noin 2 500. Uusien elinkoronsaajien keskimääräinen työkyvyttömyysaste on 15 % ja kuolleiden elinkoronsaajien keskimäärin 35 %, eli elinkorot ovat vuoden 1984 alun tasossa keskimäärin vastaavasti 4 500 markkaa ja noin 15 000 markkaa vuodessa. Kun lasketaan näin syntyvät kokonaismarkkamäärät saadaan uusien elinkoronsaajien korvaussummaksi noin 11 miljoonaa markkaa ja poistuvien elinkoronsaajien korvaussummaksi noin 33 miljoonaa markkaa eli säästöksi noin 22 miljoonaa markkaa. Vuonna 1986 arvioidaan uusien elinkoronsaajien lukumääräksi 1 200 ja poistuvien elinkoronsaajien lukumääräksi 2 400. Edellä esitetyllä laskutavalla saadaan näin ollen vuoden 1986 säästöksi noin 30 miljoonaa markkaa.

Vuosien 1987-1989 elinkoronsaajien keskimääräiseksi nettopoistumaksi on arvioitu 1 800 invalidia vuodessa. Tästä aiheutuva säästö voidaan laskea seuraavasti: Vuoden 1984 tulo- ja menoarviossa on sotilasvammakorvauksiin merkitty 1 120 miljoonaa markkaa, josta sotilasinvalidien osuus on 739 miljoonaa markkaa eli 16 257 markkaa korvauksensaajaa kohden. Kun luku kerrotaan invalidien nettovähennyksellä saadaan tästä säästöksi noin 29 miljoonaa markkaa vuodessa.

- 2) Sotainvalidille, joka on 56-65 vuotias maksetaan elinkorko 8 % suurempana kuin muun ikäisille. Invalidien ikääntymisen myötä tämä korotus on vähitellen jäämässä pois. Keskimäärin tämä merkitsee vuodessa 615 markan pienennystä elinkorkoon. Vuosina 1985-1989 täyttää 66 vuotta keskimäärin 3 000 sotainvalidia vuodessa, jolloin vuosittaiseksi säästöksi muodostuu keskimäärin noin 2 miljoonaa markkaa.
- 3) Siirtämällä vaikeavammaisten kuntoutustoimintaa kylpylöistä sairaskoteihin saavutettaisiin nykyisillä hinnoilla huomattava säästö hoitopäivää kohden. Lisäksi on huomattava, että kylpylät eivät pysty tarjoamaan kuin rajoitetusti kuntoutuspalveluja vaikeavammaisille invalideille.
- 4) Työryhmä esittää sotilasvammalakia muutettavaksi vuoden 1985 alusta lukien niin, että elinkoron suorittaminen 100 %:na työkyvyttömyysasteeseen katsomatta laitoshuollon ja laitoshuollon ajalta poistetaan. Korotusta on aikaisemmin perusteltu sotainvalidin joutumisella pois työelämästä, jolloin hän ei ole saanut palkkaa eikä sosiaalihuollon puutteellisuuksien vuoksi muutakaan korvausta. Nykyisin tällainen ansionalennus tulee harvoin kysymykseen. Työryhmän käsityksen mukaan korotusta ei kohtuusyistä voida poistaa niiltä laitoshuoltopotilailta, joilla jo on tapaturmavivaston maksusitoumus. Sen sijaan ehdotetaan kuntoutettavien ja uusien laitoshuoltopotilaiden osalta korotuksen poistamista. Näin aikaansaattava

säästö olisi noin 15 miljoonaa markkaa vuodessa kuntoutettavien osalta, kun keskimäärin korotusta maksetaan neljän viikon kuntoutusjaksolta noin 1 400 mk/kuntoutettava ja kuntoutettavia vuodessa olisi noin 11 000. Uusi- en laitoshuoltopotilaiden osalta syntyvä säästö olisi vuodesta 1985 alkaen noin 2 miljoonaa markkaa vuosittain, kun laitoshuoltoon on arvioitu tulevan lisää noin 150 sotainvalidia vuodessa.

- 5) Sotilasvammakorvausten vähenemiseen vaikuttava tekijä on myös täydennyskoronsaajien lukumäärän pienentyminen. Täydennyskorko edellyttää saajalta vähintään 20 %:n työkyvyttömyysastetta, jota uudella ensikertaisella elinkoronsaajalla ei yleensä ole. Sen sijaan kuoleman johdosta poistuneilla sotainvalideilla täydennyskorko on ollut noin joka neljännellä. Puuttuvien tilastotietojen vuoksi näiden markkamääräistä vaikutusta ei ole arvioitu.

Vuosittaisesta laitoshuollon 150 paikan lisäyksestä aiheutuisi vuodessa oletetun 270 markan hoitopäivähinnan perusteella kustannuksia yhteensä noin 15 miljoonaa markkaa, johon sisältyisi edellä esitettyjä perustamiskustannuksia. Kustannusvaikutusta arvioitaessa on otettava huomioon, että laitoshuoltoa tarvitsevat sotainvalidit saattaisivat olla ilman sairaskotipaikkojen lisäystä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa, jolloin hoitopäiväkustannukset yhteiskunnalle saattaisivat näiltä osin muodostua esitettyä suuremmiksikin.

Korvausten kokonaismäärää kasvattavaa vielä lähivuosina kuntoutettavien lukumäärän lisääntyminen. Lisäykseksi on arvioitu 500-1 000 kuntoutettavaa vuodessa eli kustannuksiksi keskimäärin 6 miljoonaa markkaa lisää vuodessa 3 vuoden aikana, jonka jälkeen kuntoutettavien lukumäärän kasvun arvioidaan pysähtyvän.

Korvausten kokonaismäärää saattaa tulevaisuudessa kasvattaa myös huoltoeläkkeiden ja hautausapujen lukumäärän lisääntyminen. Muutokset korvausmäärissä eivät kuitenkaan ole olleet vuosittain suuria, joten näitä ei ole otettu laskelmissa huomioon.

Edellä esitettyjen säästö- ja menokohtien yhteisvaikutuksesta saadaan seuraavat nettosäästöt edelliseen vuoteen verrattuna ilman TEL-indeksin mukaisia korotuksia

vuonna 1985	20 miljoonaa markkaa
vuonna 1986	13 miljoonaa markkaa
vuonna 1987	12 miljoonaa markkaa
vuonna 1988	12 miljoonaa markkaa
vuonna 1989	18 miljoonaa markkaa

Vuodesta 1990 alkaen säästö kasvaa edelleen sotainvalidien lukumäärän nopean alenemisen vuoksi.

9.3. Ehdotukset sairaskotien tulevasta käytöstä

Kuten luvussa 8 on esitetty, tulevat sairaskodit aikanaan palvelemaan niiden tavoitteiden suuntaan, jotka on sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseksi asetettu. Tästä syystä sairaskotien tulevan käytön suhteen ei syntyne ongelmia. Koska sairaskodit tulevat osaksi yleistä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää, on työryhmän käsityksen mukaan tarpeellista, että sairaskodit sijaitsevat tämän järjestelmän laitosten läheisyydessä. Myös sairaskotien lääkinällinen toiminta edellyttää tukeutumista näiden palveluihin. Edellä esitetyistä syistä johtuen olisi tarkoituksenmukaista, että sairaskodit siirtyisivät sotainvalidien sairaskotitarpeen asteittain vähentyessä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön.

9.4. Sairaskotien rakentamisen ja toiminnan järjestely

Alueellisten sairaskotien rakentamisen järjestelemiseksi on työryhmän käsityksen mukaan tarkoituksenmukaista, että hankkeet tapahtuisivat yhteistyössä Sotainvalidien Veljesliiton ja erityisesti sen piirien kanssa kuten tähänkin asti on tapahtunut. Veljesliitolla on kenttäorganisaationsa puitteissa hyvät mahdollisuudet suorittaa vertailua eri vaihtoehtojen välillä ja ottaa tässä huomioon sotainvalidien tarpeet ja mielipiteet. Tapaturmaviraston tehtävänä olisi paitsi omalta osaltaan hyväksyä laitokset, huolehtia siitä, että valtakunnallisella tasolla sairaskotitoiminta eri osissa maata kehittyisi tarkoituksenmukaisesti, ottaen huomioon sotilasvammalain asettamat edellytykset ja että paikkaluvun lisäys jakaantuisi viidelle vuodelle. Lääkintäviranomaisten tehtävänä olisi asianmukaisia lupia myöntäessään valvoa, että sairaskodit ovat säädösten mukaiset ja että ne ovat tarkoituksenmukaiset.

Sairaskotien toiminnassa olisi otettava huomioon sotainvalidien tarpeet ja julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittaminen niiden kanssa sekä alueellisella että valtakunnallisella tasolla. Työryhmän käsityksen mukaan olisi tarpeellista perustaa yhteistyöelin, jonka tehtävänä olisi sairaskotien yhteistyön kehittäminen julkisen sektorin ja sotainvalidien laitosten välillä esimerkiksi molemminpuolisen palvelujen oston muodossa. Lisäksi tämän tehtäviin kuuluisi suunnitella sairaskotien siirtyminen osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää. Yhteistyöelimessä, jonka asettaisi sosiaali- ja terveysministeriö, tulisi olla edustettuina lääkintöhallitus, sosiaalhallitus, tapaturmavirasto ja Sotainvalidien Veljesliitto.

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sotilasvammalain 6, 7 ja 8 §:n muuttamisesta

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi sotilasvammalain säännöksiä, jotka koskevat laitoshuoltoa sekä päivärahan tai elinkoron maksamista kuntoutuksen ja laitoshuollon ajalta. Laitoshuoltoa on tarkoitus laajentaa siten, että myös osa-aikainen laitoshuolto tulee mahdolliseksi. Päivärahaa ja elinkorkoa koskevia säännöksiä on tarkoitus muuttaa siten, että sotilasvammalain nojalla korvattavan kuntouttamisen ja laitoshuollon ajalta päivärahaa ja elinkorkoa ei suoriteta työkyvyttömyysasteeseen katsomatta täysimääräisenä.

Muutokset on tarkoitettu tulemaan voimaan

PERUSTELUT

1. Nykyinen tilanne ja ehdotetut muutokset

Sotilasvammalain (404/48) mukaan korvataan vahingoittuneelle tai sairastuneelle, jonka huoltamista kotona ei korvata vamman tai sairauden aiheuttaman terveydentilan pitkällisen heikentymisen takia voida pitää kohtuullisena, erityisessä laitoksessa annettu huolto. Jos vahingoittuneen tai sairastuneen sotilasvammalain mukainen työkyvyttömyysaste on vähintään 30 prosenttia, voidaan tällainen huolto korvata myös silloin kun sen tarve johtuu muustakin kuin korvatusta vammasta tai sairaudesta.

Sotainvalidien ikääntymisen myötä laitoshuollon tarve lisääntyy lähitulevaisuudessa. Jo nyt on melko paljon sellaisia invalideja, jotka tarvitsevat päivittäin jonkin verran ulkopuolista apua, mutta jotka haluavat asua omassa kodissaan niin kauan kuin se on mahdollista. Voimassa olevassa sotilasvammalaissa ei ole kuitenkaan säännöksiä tällaisesta osittaisesta huollosta, vaan sotainvalidit ovat tältä osin yleisen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon varassa. Sotainvalidien, joiden keski-ikä on noin 67 vuotta, puoliset ovat myös jo melko iäkkäitä ja usein sairaita, eivätkä näin ollen pysty samassa määrin kuin aikaisemmin hoitamaan invalidisoitunutta puolisoaan. Tällaisissa tapauksissa on sekä invalidin että yhteiskunnan edun mukaista, että täydelliseen laitoshuoltoon joutumista voidaan siirtää tai jopa kokonaan välttää. Tästä syystä hallitus esittää sotilasvammalain 6 § 4 momenttia muutettavaksi siten, että sairaanhoitona korvataan myös erityisessä laitoksessa annettava osa-aikainen huolto. Tällaisena huoltona voidaan tarpeen mukaan korvata joko päiväsaikaan tai yöaikaan tapahtuva hoito.

2. Esityksen taloudelliset vaikutukset

Osa-aikaisesta laitoshuollosta aiheutuvia kustannuksia on vaikeata arvioida. Kustannuksia lisäävästi vaikuttanee se, että sellaiset invalidit saattavat hakeutua osa-aikaiseen laitoshuoltoon, jotka eivät ole tähän mennessä vielä halunneet hakeutua laitoshuoltoon, koska ovat juuri ja juuri tulleet toimeen kotonaan. Toisaalta osa-aikainen laitoshuolto voi vaikuttaa osittain kustannuksia vähentävästi, koska sen piiriin mahdollisesti tulee sellaisia invalideja, jotka muuten joutuisivat jatkuvaan laitoshuoltoon.

Vaikka korvausta saavien sotainvalidien kokonaismäärä tulee vuonna 1984 todennäköisesti hieman nousemaan johtuen suuresta vireillä olevien korvaushakemusten määrästä, niin korvauksiin käytettävä rahamäärä ei kuitenkaan lisääntyne. Tämä johtuu siitä, että suuri osa kuoleman kautta poistuvista invalideista on vaikeavammaisia, kun taas uudet korvauksensaajat ovat valtaosin alle 20 prosentin työkyvyttömyysasteen omaavia, ja saavat siis huomattavasti pienempää korvausta kuin vaikeavammaiset invalidit. Tässä yhteydessä on huomattava, että sotainvalidien luonnollinen poistuma, joka vuonna 1984 nousee noin 2 000:een, vähentää jo lähitulevaisuudessa huomattavasti sotilasvammalainsäädännöstä aiheutuvia kustannuksia.

Lisäksi ehdotettu luopuminen elinkoron korottamisesta kuntouttamisen ja laitoshuollon ajalta vähentää kustannuksia vuositasolla noin 17 miljoonaa markkaa. Kokonaisuutena ottaen esitys vähentää huomattavasti sotilasvammalainsäädännöstä aiheutuvia kustannuksia. Näin säästävät varat hallitus esittää käytettäväksi sotainvalidien uusien sairaskotien perustamiskustannusten rahoittamiseen sekä osa-aikaisen laitoshuollon toteuttamiseen.

Edellä esitetyn perusteella annetaan Eduskunnalle hyväksyttäväksi seuraava lakiehdotus:

L a k i

sotilasvammalain 6, 7 ja 8 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti muutetaan 28 päivänä toukokuuta 1948 annetun sotilasvammalain (404/48) 6 §:n 4 momentti, 7 §:n 3 momentti ja 8 §:n 3 momentti,

sellaisina kuin ne ovat 6 §:n 4 momentti 19 päivänä helmikuuta 1971 annetussa laissa (180/71) ja 21 päivänä toukokuuta 1978 annetussa laissa (398/78) sekä 7 §:n 3 momentti ja 8 §:n 3 momentti 3 päivänä joulukuuta 1965 annetussa laissa (622/65), näin kuuluviksi:

6 §

Sen mukaan kuin asetuksella säädetään, korvataan sairaanhoitona myös määräaikainen lääkärintarkastus, työ- tai toimintakyvyn palauttamista tai säilyttämistä tarkoittava kuntouttaminen sekä erityisessä laitoksessa annettu huolto tai osa-aikainen huolto. Vahingoittuneelle tai sairastuneelle, jonka työkyvyttömyysaste on vähintään 30 prosenttia, voidaan korvata kuntouttaminen, erityisessä laitoksessa annettu huolto ja osa-aikainen huolto myös milloin niiden tarve johtuu muustakin kuin korvatusta vammasta tai sairaudesta.

7 §

Jos vahingoittunut tai sairastunut on otettu sairaalaan tai laitokseen 6 §:ssä tarkoitettua sairaanhoitoa varten, suoritetaan päiväraha sen ajalta hänen työkykyensä katsomatta täysimääräisenä, paitsi milloin on kysymys työ- tai toimintakyvyn palauttamista tai säilyttämistä tarkoittavasta kuntouttamisesta.

8 §

Jos vahingoittunut tai sairastunut on otettu sairaalaan tai laitokseen 6 §:ssä tarkoitettua sairaanhoitoa varten, suoritetaan elinkorko sen ajalta työkyvyttömyysasteeseen katsomatta täysimääräisenä, paitsi milloin on kysymys työ- tai toimintakyvyn palauttamista tai säilyttämistä tarkoittavasta kuntouttamisesta tai erityisessä laitoksessa annettavasta huollosta tai osa-aikaisesta huollosta.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 19

Lakia ei kuitenkaan sovelleta korvauksensaajiin, joiden laitoshuolto tai kuntoutus on alkanut ennen tämän lain voimaantuloa.

Sosiaali- ja terveysministeriön toimialaan kuuluvia asioita käsittelemään määrätyn ministerin esittelystä muutetaan sotilasvammalain 6 §:n 3 momentissa säädetyn sairaanhoidon korvaamisesta 1 päivänä lokakuuta 1971 annetun asetuksen (698/71) otsikko sekä 1 §, 4 §, 5 §, 6 §, 7 §:n 1 momentti, 8 §:n 2 momentti ja 9 § näin kuuluviksi:

ASETUS

sotilasvammalain 6 §:n 4 momentissa säädetyn sairaanhoidon korvaamisesta

1 §

Vahingoittuneelle tai sairastuneelle, joka saa sotilasvammalain mukaista päivärahaa tai elinkorkoa taikka joka on vaihtanut elinkorkonsa sitä vastaavaksi pääomaksi, korvataan tässä asetuksessa tarkoitettu lääkärintarkastus, kuntouttaminen ja erityisessä laitoksessa annettu huolto tai osa-aikainen huolto.

Vahingoittuneelle tai sairastuneelle, jonka työkyvyttömyysaste on vähintään 30 prosenttia, korvataan kuntouttaminen, erityisessä laitoksessa annettu huolto tai osa-aikainen huolto myös milloin niiden tarve johtuu muustakin kuin korvatusta vammasta tai sairaudesta.

4 §

Vahingoittuneelle tai sairastuneelle, jonka huoltamista kotona ei vamman tai sairauden aiheuttaman terveydentilan pitkällisen heikentymisen takia voida pitää kohtuullisena, korvataan erityisessä laitoksessa annettu huolto- tai osa-aikainen huolto.

5 §

Kuntouttamisen ja erityisessä laitoksessa annetun huollon tai osa-aikaisen huollon korvaaminen voidaan lopettaa:

- 1) jos vahingoittunut tai sairastunut jättää noudattamatta laitoksen johtajan tai lääkärin antamia kuntouttamista tai huoltoa koskevia määräyksiä; tai
- 2) jos havaitaan, ettei kuntouttamista voida hänelle tuloksellisesti antaa.

6 §

Lääkärintarkastuksen, kuntouttamisen, erityisessä laitoksessa annettavan huollon ja osa-aikaisen huollon korvaamisen edellytyksenä on lisäksi:

- 1) että lääkärintarkastus, jollei sitä suoriteta sotilasvammalain nojalla korvattavan muun lääkärintarkastuksen yhteydessä tai paikallisen lääkärin luona, toimitetaan tapaturmaviraston osoittaman lääkärin luona tai tapaturmaviraston osoittamassa sairaalassa;
- 2) että kuntouttaminen annetaan lääninhallituksen hyväksymässä sairaanhoitolaitoksessa tai lääkärin valvonnan alaisessa tutkimuslaitoksessa; sekä
- 3) että erityisessä laitoksessa annettava huolto ja osa-aikainen huolto tapahtuu lääkintöhallituksen mainittuun tarkoitukseen hyväksymässä laitoksessa.

7 §

Yleistä terveydentilaa koskevan lääkärintarkastuksen samoin kuin erikoistutkimuksen korvaamista on kirjallisesti haettava etukäteen tapaturmavirastolta, jollei niitä voida toimittaa sotilasvammalain nojalla korvattavan muun lääkärintarkastuksen yhteydessä tai paikallisen lääkärin luona. Kuntouttamisen, erityisessä laitoksessa annettavan huollon ja osa-aikaisen huollon korvaamista on niin ikään kirjallisesti haettava etukäteen tapaturmavirastolta.

8 §

Vahingoittuneelle tai sairastuneelle korvataan myös lääkärintarkastuksesta, kuntouttamisesta, erityisessä laitoksessa annettavasta huollosta ja osa-aikaisesta huollosta johtuvat matkakustannukset samoin kuin sotilasvammalain nojalla korvattavasta muustakin sairaanhoidosta aiheutuneet matkakustannukset.

9 §

Lääninhallituksen tulee valvoa, että kuntouttamista annetaan tarkoituksenmukaisella tavalla.

10. TIIVISTELMÄ

Sotavammaisten pitkäaikaishoitoon tarvittavien alueellisten sairaskotien tarve

Sotainvalidien lukumäärän on arvioitu pysyvän korkeana vuosituhannen lopulle saakka. Ikääntyessä heidän vammansa ja sairautensa useassa tapauksessa jatkuvasti pahentuvat. Psykkiset häiriöt, keskushermoston sairaudet ja tylsistyminen aiheuttavat jatkuvaa huollontarpeen lisääntymistä. Nämä aiheuttavat muuhun väestöön verrattuna suurempaa avuttomuutta, koska varsinkin tuntuvan sotavamman saaneella toimintareservit ovat vammamman ja ikääntymisen vuoksi vähäiset. Ennusteiden mukaan erityisesti aivohalvaukseen sairastuneiden lukumäärä kasvaa lähivuosina jyrkästi. Lääketieteellisten syiden lisäksi myös erilaiset sosiaaliset tekijät kuten vaimon terveys ja kyky hoitaa invalidia vaikuttavat laitoshuollon tarpeeseen. Ennusteiden mukaan varsinkin edellä esitetyistä syistä sotainvalidien laitoshoidoitus kasvaa lähivuosina jyrkästi.

Julkisen terveydenhuollon laitokset vastaavat sotainvalidien kuten muunkin väestön sairaanhoitotarpeista sekä avo- että sairaalahoidon osalta. Sotilasvammalain mukainen laitoshuolto, siltä osin kuin sitä ei ole mahdollista kehittää yleisen terveydenhuollon tai sosiaalitoimen palveluja parantamalla, voidaan parhaiten toteuttaa sotainvalideja varten rakennettujen sairaskotien avulla. Sotavammaisten erityisongelmat vaativat erilaisia toimenpiteitä, joiden toteuttaminen julkisen terveydenhuollon laitoksissa tuottaa vaikeuksia mm. vanhusväestön huomattavan kasvun koetellessa resurssien riittävyyttä.

Sotainvalidit tarvitsevat hyvätasoisia ja nimenomaan sotavammoihin perehtyneen henkilökunnan antamia perussairaanhoidon palveluita ja kuntoutusta sekä lyhyt- tai pitkäaikaista laitoshuoltoa. Sairaskotien rooli ei ole pelkästään laitoshuoltopaikkojen tarjoaminen, vaan myös laitoshuoltoa ennaltaehkäisevä toiminta.

Laitoshuollon tarvetta ehkäiseviä tekijöitä

Sotainvalideilla on mahdollisuus saada laitoshuoltoa ehkäiseviä palveluja paitsi yleisen sosiaali- ja terveydenhuollon piiristä myös sotilasvammalain nojalla. Sotavammaiset käyttävät monesti haluttomasti sosiaalihuollon tar-

joamia palveluja ja ovat tottuneet erityistarpeissaan kääntymään oman erityisjärjestelmänsä puoleen. Sotilasvammalain mukaan sotainvalidi voi saada korvauksena mm. kuntoutusta, vaikean vamman tai sairauden vuoksi välttämättömiä asunnon muutostöitä, ns. korotettua sairausapulisää ja terveydentilan säännöllistä seuranta.

Pysyvään laitoshuoltoon joutumista ehkäisevänä tekijänä työryhmä esittää sotilasvammalakia muutettavaksi siten, että osa-aikaisen laitoshuollon korvaaminen tulisi mahdolliseksi. Osa-aikainen laitoshuolto tekisi mahdolliseksi sotainvalidin kotona asumisen. Tämä alentaisi myös kustannuksia kokoaikaiseen (kokovuorokautiseen) laitoshuoltoon verrattuna. Samoin kuin jaksottainenkin laitoshuolto, osa-aikainen laitoshuolto muodostuisi yleensä välivaiheeksi kotihoidon ja pysyvän laitoshuollon välille.

Alueellisten sairaskotien paikkamäärä

Vaikean sotavamman saaneiden laitoshuoltotarpeista vastaavia ja erityisesti sotavammaisia varten perustettuja laitoksia on ollut toiminnassa viime sodista lähtien. Eräät sotavammaisille tarkoitetut erityiset laitokset eivät täytä niitä vaatimuksia, joita sotainvalidien laitoshuollolle nykyään asetetaan. Olisi tärkeätä, että sotainvalidit saisivat erityispalvelujaan omasta lähiympäristöstään. Sairaskotivaihtoehtoa puoltaa myös se, että uusien sairaskotipaikkojen rakentaminen täydentäisi ja ajanmukaistaisi jo aloitettua laitoshuoltoratkaisua ja samalla merkitsisi toiminnan jatkuvuutta ja sen kehittämistä sotavammaisten tullessa siihen elämänsä vaiheeseen, jolloin huollon tarve on erittäin suuri. Pitkäaikaisia vähintään 30 %:n työkyvyttömyysasteen omaavia laitoshuoltopotilaita on arvioitu olevan noin 650 - 850 ennen vuosituhannen loppua. Kun sairaskotien paikoilla annetaan lisäksi laituskuntoutusta ja jaksottaishoitoa, niin sairaskotipaikkojen kokonaispaikkamäärän tulisi työryhmän mielestä olla vähintään 1 000 paikkaa.

Tämänhetkinen laitoshuollolle asetettavat vaatimukset täyttävä kapasiteetti on 305 paikkaa. Kun näistäkin on noin kolmannes Kaunialan Sotavammamasairaalan korkeampitasoisia ja valtakunnallisiksi katsottavia sairaansijoja, olisi uusien laitospaikkojen hankkimistarve työryhmän käsityksen mukaan noin 800 paikkaa. Rakentamisen tulisi tapahtua vuosina 1985-89 keskimäärin 150 laitospaikan vuosivauhdilla. Sairaskodin paikkamäärän ei tulisi ylittää 100 paikkaa laitosta kohti.

Sairaskotien rakentamiskustannusten rahoitusjärjestely

Rakennusaikaiseen rahoitukseen valtio ei osallistu lakisääteisesti. Mahdollisia rahoitusmuotoja olisivat valtion suora rahoitus valtion tulo- ja menoarvioon otetulla määrärahalta, raha-automaattivastukset, kuntien rahoitus sekä työllisyysmäärärahojen käyttö. Lisäksi yksityiset rahoituslaitokset kuten pankit ja vakuutuslaitokset voivat lainoilla rahoittaa laitoksen rakentamista. Muina rahalähteinä voidaan lisäksi mainita mm. omatoiminen varainhankinta, testamentit ja lahjoitukset. Asuntotuotantomäärärahoja ei kuitenkaan voida käyttää sairaskotien rahoitukseen.

Työryhmä ehdottaa että tapaturmavirasto käyttäisi sairaskotien kustannusten korvaamisessa hoitopäivämaksujärjestelmää, jolloin myös lainojen lyhennyksiä voisi sisältyä hoitopäivän hintaan. Hoitopäiväkorvaukset suoritettaisiin momentilta 33.22.50. Sotilasvammakorvaukset. Korvaamisen ehtona olisi, että lainojen lyhennysten vaikutus hoitopäivähintaan olisi kohtuullinen sekä erikseen että kokonaishoitopäivän hinnassa. Lainojen lyhennyksiin hyväksyttävät menot olisi jaksotettava vähintään kymmenelle vuodelle. Erityisissä tapauksissa tapaturmavirasto voisi hyväksyä lyhyemmän kuoletusajan. Tapaturmaviraston olisi hyväksyessään uusia sairaskoteja tehtävä niiden kanssa sopimus, jolla annettaisiin virastolle riittävä oikeus valvoa ja tarkastaa laitosten toimintaa ja taloutta.

Yhtenäisen käytännön toteuttamiseksi vastaavia perusteita olisi työryhmän mielestä aiheellista soveltaa myös niiden laitosten rakentamiskustannusten korvaamiseen, joiden käyttökustannukset tapaturmavirasto suorittaa momentilta 33.22.55. Valtion korvaus sotainvalidien kuntoutus- ja hoitolaitosten käyttökustannuksiin.

Työryhmän käsityksen mukaan momentille 33.22.50 Sotilasvammakorvaukset ei tarvitsisi esittää lisärahoitusta, sillä seuraavista seikoista voidaan todeta syntyvän säästöä: sotainvalidien luonnollinen poistuma kasvaa lähitulevaisuudessa, uusien korvaushakemusten määrä vähenee ja vuodesta 1986 alkaen sotainvalidien lukumäärä kääntyy laskuun; invalidien ikääntymisen seurauksena jää elinkoron ns. ikäkorotus pois; vaikeavammaisten kuntoutustoiminnan hoitaminen enenevässä määrin sairaskodeissa; täydennyksien saajien lukumäärän pienentyminen tulevaisuudessa. Työryhmä esittää sotilasvammalakia muutettavaksi niin, että elinkoron suorittaminen työkyvyttömyysasteeseen katsomatta täysimääräisenä laitoshuollon ja laitostuntoutuksen ajalta poistetaan 1.1.1985 alkaen.

Vuosittaisesta laitoshuoltopaikkojen lisäyksestä (150) aiheutuisi kustannuksia vuosittain noin 15 miljoonaa markkaa. Korvausten kokonaismääriä kasvattaa myös kuntoutettavien lukumäärän lisääntyminen (500-1 000/v) arviolta kolmen seuraavan vuoden aikana. Tästä aiheutuisi kustannuksia noin 6 miljoonaa markkaa vuodessa.

Esitetyistä säästö- ja menokohteista muodostuisi vuosina 1985-1989 nettosäästöä edelliseen vuoteen verrattuna 12-20 miljoonaa markkaa vuodessa ilman TEL-indeksin mukaisia korotuksia.

Sairaskotien tuleva käyttö

Sotainvalidien alueellisten sairaskotien käyttö alkuperäiseen tarkoitukseensa on lyhyempi kuin niiden käyttöikä. Sotainvalidien laitoshuollon tarve tulee aluksi lisääntymään ja laitospaikkoja vapautuisi olennaisesti vasta 2000 -luvulla. Sotainvaliditoiminnan asteittain vähentyessä sairaskodit siirtyisivät julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön.

Sairaskotien rakentamisen ja toiminnan järjestely

Alueellisten sairaskotien rakentamishankkeiden tulisi tapahtua yhteistyössä Sotainvalidien Veljesliiton ja sen piirien kanssa. Tapaturmaviraston tehtävänä olisi huolehtia siitä, että sairaskotitoiminta valtakunnallisella tasolla eri osissa maata kehittyisi tarkoituksenmukaisesti. Lääkintäviranomaisten tulisi lisäksi lupia myöntäessään valvoa, että sairaskodit ovat säädösten mukaiset ja tarkoituksenmukaiset.

Yhteistyön kehittämiseksi julkisen sektorin ja sotainvalidien laitoshuollon välille olisi tarpeellista perustaa yhteistyöelin. Tässä elimessä tulisi olla edustettuina lääkintöhallitus, sosiaalihallitus, tapaturmavirasto ja Sotainvalidien Veljesliitto.

Kirjallisuusluettelo

Achté K.A., Hillbom, E. ja Aalberg, V.:
Posttraumatic Psychoses Following War Brain Injuries. Reports from The Rehabilitation. Institute for Brain-Injured Veterans in Finland. Vol.I. 1967.

Aho, K:
Incidence, profile and early prognosis of stroke.
Diss. Helsinki 1975.

Achté, K., Lönnqvist, J. ja Hillbom, E.:
Suicides Following War Brain-Injuries
Acta Psych.Scandin. Supplement. 225. 1971.

Aromaa, A:
Kansaneläkelaitoksen sosiaalivakuutuspäivä 1982.
Esitelmä.

Asunto-, sosiaali- ja terveystieteiden välinen vastuunjako erityisryhmien asumiseen ja asumisedellytysten ylläpitämiseen suuntautuviissa valtion tukitoimenpiteissä. Asuntohallitus, sosiaalivakuutus, lääkintöhallitus 20.4.1983.

Aukio, Erkki:
Sotavangit ry. 1969-1979.

Gustafsson, F.:
Arvio sotainvalidien laitospaikkatarpeesta, 1983.

Gustafsson, F.:
Kansaneläkelaitoksen työryhmälle esittämä selvitys laitoshuoltotapausten väestöosuuksista, 1983.

Haavisto, M. ja Mattila, K.:
Yli 85-vuotiaat tamperelaiset. Koettu sairaus, leikkaukset ja lääkkeiden käyttö. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1981:18:199-206.

Hakala, A.:
Sotainvalidien Veljesliiton Aivoinvalidit ry. Vanhuustutkimus 1972-1974.

Heikkinen, E.:
Väestön vanheneminen ja vanhojen henkilöiden terveydenhuolto.
Psychiatria Fennican julkaisusarja 42/1981.

Heikkinen, M. ja Malin, T.:
Vanhustenhuoltolaitosten ja terveyskeskussairaaloiden vuodeosastopotilaat. Sosiaalivakuutuksen julkaisuja 5/1983. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 38/1983.

Heinsalmi, P.:
Raportti sotavankitutkimuksesta. Työterveyslaitoksen tutkimuksia no 95. Helsinki 1974.

Hillbom, E.:
Aivovammaisten kuntouttaminen. Suomen lääkäri-lehti 1965:20:1104-1110.

Huittinen, M. ja Hiltunen, R.:
Sotavammaisten laitospäänto. Jätetty julkaistavaksi vuonna 1983.

Hännikäinen, I.:
Suomalainen veteraani. Sosiaalipolittisen yhdistyksen tutkimuksia 37. Helsinki 1982.

Jarho, L.:

Selkäydinvammaiset. Kirjassa Veljeshenkeä ja yhteisvastuuta, Sotainvalidien Veljesliitto 40 vuotta. Helsinki 1980.

Karjalainen, P. ja Ropanen, K.:

Erityisryhmätutkimus. Osa: Sotavammaiset ja sotaveteraanit. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tutkimusosasto. Julkaisuja 6/1979.

Kay, D., Bergman, K., Foster, E., Mc Kecheonie, A. ja Roth, M.:

Cit. Simonen 1980.

Kojonen, K. ja Saari, J.:

Sotilasvammakorvaus. Lakiopas. Sotainvalidien Veljesliiton julkaisuja. Helsinki 1983.

Kotisairaanhoidon toteuttamista koskeva selvitys. Osa I. Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö nro 22. Helsinki 1981.

Kunnittainen väestöennuste 1981-2000. Tilastotiedotus VÄ 1982:5. Väestö. Tilastokeskus. Helsinki 1982.

Kuntoutuslaitostyöryhmän muistio. Työryhmämuistio 1982:19. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1982.

Muistio vanhusten palvelutaloseminaarista Alastarolla ja Tampereella 7. - 8.6.1982. Sosiaalivakuutus, huolto-osasto.

Pajula, J.:

Kansaneläkelaitoksen sosiaalivakuutuspäivä 1982. Esitelmä.

Pitkäaikaishoitotoimikunnan mietintö. Komiteamietintö B76/1970. Helsinki 1970.

Ponteva, E.:

Työkyvyttömyyden arvioinnista. Lääket.kand.seura ry:n julkaisusta: Traumatologia vuonna 1972.

Ponteva, M.:

Psykiatriset sairaudet Suomen puolustusvoimissa 1941-1944. Annales medicine militaris fenniae 1977:2.

Purola, T., Nyman, K., Kalimo, E. ja Sievers, K.:

Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Sarja A:7. 1971.

Purola, T., Sievers, K., Kalimo, E. ja Nyman, K.:

Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Sarja A:1. Helsinki 1967.

Päiväsairaanhoidon työryhmän mietintö. Lääkintöhallituksen työryhmien mietintöjä nro 9. Helsinki 1982.

Robinson, R., Demirel, M. ja Lebeau, R.:

Cit.Simonen 1980.

Ruikka, I.:

Vanhusten seulontatutkimukset. Suomen lääkäri-lehti 1970: 25:2514-2517.

Ryynänen, M.:

Suomen väestö ja kansaneläkkeensaajat vuosina 1980 - 2050. Sosiaalivakuutus nro 9, 1980.

Sintonen, H.:

Selvitys pitkäaikaissairaiden vanhusten hoidon tilasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tutkimusosasto. Julkaisuja 7/1978.

Sotainvalidien Veljesliitto, vuosikertomus vuonna 1982.

Sotavammaisten elinolosuhteita selvittävä Kuopion läänin projekti. Kuopion lääninhallitus ja Sotainvalidien Veljesliiton Pohjois-Savon piiri r.y. Kuopio 1982.

Sotavammaisten liittynäissairaustoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1965:B 98. Helsinki 1965.

Sotavammaisten vanhuudenhuollon tarpeet 1980-luvulla Sotainvalidien Veljesliiton Suur-Savon piirissä. Mikkelin lääninhallitus ja Sotainvalidien Veljesliiton Suur-Savon piiri. Mikkeli 1982.

Solonen, K., Rinne, H., Viikeri, M. ja Karvinen, E.:
Amputoitujen suomalaisten sotainvalidien terveydentila. Sotainvalidien Veljesliiton julkaisuja. Helsinki 1964.

Suositus vanhusten terveydenhuollon kehittämiseksi. Geriatrian asiantuntijatyöryhmän mietintö. Lääkintöhallitus. Helsinki 1982.

Tapaturmaviraston tilastot. Invalidien ikä- ja korvausjakaumat, helmikuu 1980, huhtikuu 1981, 1982, 1983.

Tietoja vanhusväestön määrästä, olosuhteista ja palvelujen käytöstä kunnittain. Sosiaalihuolto, suunnittelu- ja tilastotoimisto. Julkaisuja nro 13, 1983.

Tilastollisia tiedonantoja no 64. Tilastokeskus. Helsinki 1979.

Timonen, T. ja Kaipainen, W.:
Rintamamiesten terveydentila Pohjois-Suomessa. Suomen lääkäri-lehti. 1979:34:2785-2792.

Tutkimus sotainvalidien elinoloista. Kymen lääninhallitus ja Sotainvalidien Veljesliiton Kymen piiri. Kouvola 1983.

Työeläke ja muu sosiaalivakuutus 1983.

Vainio, K.:
Sotasokeiden terveydentila parempi kuin veteraanien yleensä. Suomen lääkäri-lehti 1979:34:603-604.

Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984-1988. Helsinki 1983.

Vanhusten avo- ja laitoshuollon yhteistyökokeilu 1982 - 1984 22 kunnan kanssa. Sosiaalihuolto, huolto-osasto 31.5.1983.

Vanhustenhuollon kehittäminen. Sosiaalihuolto. Helsinki 8.10.1982. Yleiskirje nro A 7/1982/hu.

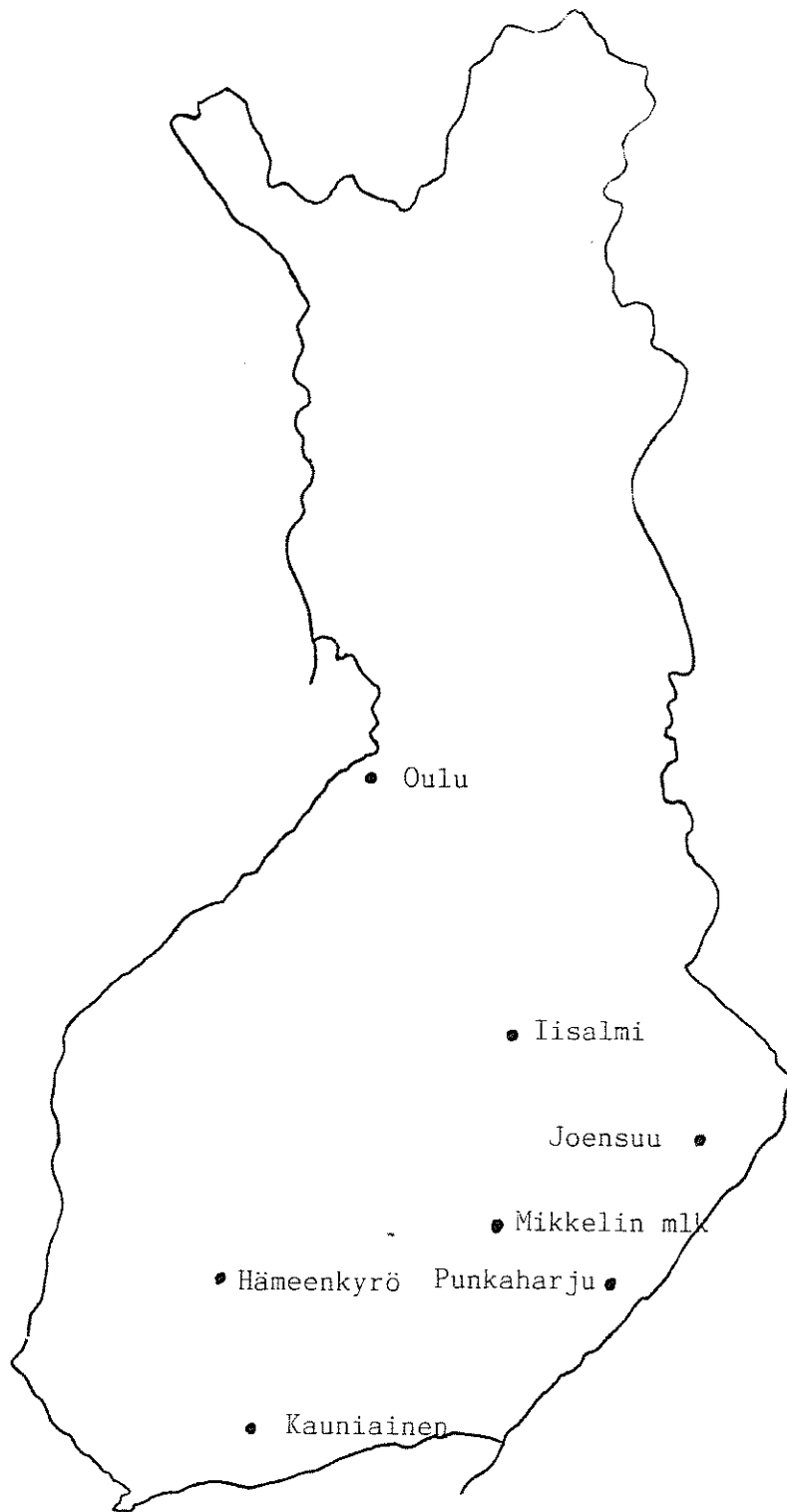
Veljeshenkeä ja yhteisvastuuta. Sotainvalidien Veljesliitto 40 vuotta. Sotainvalidien Veljesliiton julkaisu. Helsinki 1980.

Väestöennusteet 1981-2020. Tilastollisia tiedonantoja no 70. Tilastokeskus. Helsinki 1983.

Väänänen, I., Aho, S-L., Suomen WHO/ICS-tutkijaryhmä:
Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Helsingissä ja lähikunnissa. Kansaneläkelaitoksen julkaisusarja M:21/1971.

WHO:

Second report of WHO expert committee on medical rehabilitation. Tehn. Rep. Ser Wld Hlth Org 419:5-7. World Health Organization. Geneva 1969.



LASKELMA "VAPAARAOITTEISEN" SAIRASKODIN KUSTANNUKSISTA

100 paikkaa	29200 hoitopäivää
80 % käyttöaste	
30 kuntoutuspaikkaa	
50 laitoshuoltopaikkaa	
Perustamiskustannukset	20.000.000 mk
Avustukset yms.	- 4.000.000 mk
Lainapäätös	<u>16.000.000 mk</u>

	I vuosi	II vuosi	III vuosi	IV vuosi	V vuosi
Lainan lyhennykset (10 v)	1.600.000	1.600.000	1.600.000	1.600.000	1.600.000
Lainan korot (10 %)	1.600.000	1.440.000	1.280.000	1.120.000	960.000
Käyttökustannukset	4.700.000	5.140.000	5.650.000	6.220.000	6.840.000
Yhteensä	<u>7.900.000</u>	<u>8.180.000</u>	<u>8.530.000</u>	<u>8.940.000</u>	<u>9.400.000</u>

108

mk/hoitopäivä	270,60	280,10	292,10	306,20	321,90
Yleinen kuntoutushoitopäivähinta-arvio	303,00	333,00	367,00	403,00	444,00
10950 kuntoutushoitopäivää sairaskodissa	2.960.000	3.070.000	3.200.000	3.350.000	3.530.000
yleisen hintatason laitoksissa	3.320.000	3.650.000	4.020.000	4.410.000	4.860.000
Erotus	360.000	580.000	820.000	1.060.000	1.330.000
Valtion nettomenot	7.540.000	7.600.000	7.710.000	7.880.000	8.070.000
Nettomenot/hoitopäivä	258,20	260,30	264,-	269,90	276,40

Liite 2

Alueellisten sairaskotien paikkatarve lääneittäin

	Osuus sotainvalideista ⁽¹⁾	Teoreettinen laitospaikkatarve	Olemassa olevat laitospaikat	Vajaus	Ehdotus lisäykseksi
Uudenmaan lääni	16,3 %	163	110 ⁽²⁾	53	100 ⁽²⁾
Turun- ja Porin lääni	13,6 %	136	34 ⁽³⁾	102	136
Ahvenanmaan maakunta	0,0 %	-	-	-	-
Hämeen lääni	14,6 %	146	-	146	146
Kymen lääni	6,9 %	69	-	69	69
Mikkelin lääni	5,6 %	56	130 ⁽⁴⁾	-	-
Pohjois-Karjalan lääni	5,0 %	50	60	-	24
Kuopion lääni	6,7 %	67	50	17	20
Keski-Suomen lääni	5,7 %	57	-	57	57
Vaasan lääni	11,0 %	110	-	110	110
Oulun lääni	9,9 %	99	15	84	84
Lapin lääni	4,7 %	47	-	47	30 ⁽⁵⁾
yhteensä	100,0 %	1 000	399 (305)	685	776

1) Vuoden 1983 laskenta ilman ulkomaille asuvia ja ilman lääninä olevia

2) Kaunialan sotavammastairaala toimii sotainvalidien valtakunnallisena tutkimus- ja hoitolaitoksena, joten ehdotusta Uudenmaan läänin paikkalisäykseksi on suurennettu 100:aan.

3) Sairaskoti Honkala (34 paikkaa) ja

4) Kyyhkylän invalidi- ja sairaskoti (60 paikkaa) eivät täytä laitoshuollon vaatimuksia.

5) Ottaen huomioon Lapin läänin julkisen terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut, on ehdotusta lisäykseksi pienennetty 30:een.

