

Iäkkäiden ympärivuoro- kautiseen hoitoon siirtymisen riskitekijät

Olli Halminen, Miika Linna, Katariina Silander,
Teija Mikkola, Tero Tyni, Päivi Koivuranta
& Iiris Hörhammer

**Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus
Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing (ELSE)**

Projektin julkaisu nro 12

Julkaisusarjan on toimittanut Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden ELSE-projektiryhmä:

Teija Mikkola, erityisasiantuntija, projektipäällikkö

Tarja Myllärinen, johtaja, projektin ohjausryhmän puheenjohtaja

Hannele Häkkinen, erityisasiantuntija

Päivi Koivuranta, hallintoylilääkäri

Sami Uotinen, johtava lakimies

Kuvat: Heli Sorjonen
Taitto: Nina Palmu-Pietilä
ISSN 2342-3757
ISBN 978-952-293-639-4 (pdf)

Helsinki 2019
© Suomen Kuntaliitto
Toinen linja 14, 00530 Helsinki
Puh. 09 7711
www.kuntaliitto.fi

Sisältö

Esipuhe	4
1 Johdanto	7
2 Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskitekijöitä aiemman tutkimuksen valossa	9
2.1 Altistavat tekijät	10
2.2 Mahdollistavat tekijät	10
2.3 Tarvetekijät	10
3 Aineisto ja menetelmät	11
3.1 Otos	11
3.2 Eri tekijät siirtymistä selittämässä	13
3.3 Tutkimusasetelma ja aineiston analysointi	15
4 Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtymistä ennustavat tekijät	21
4.1 Siirtymistä ennustavat tilastolliset mallit	21
4.2 Kotihoidon eri hoitoisuusluokkien vaikutukset siirtymiseen	23
5 Yhteenveto ja pohdintaa	27
6 Tulosten hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä	35
Lähteet	40
Viitteet	44
Liite 1. Tutkimusotoksen kuvaus	45
Tiivistelmä	46
Kirjoittajat	48

Esipuhe

Vanhustenhuollon palveluja on pyritty kehittämään siten, että ihmiset voisivat asua kotona mahdollisimman pitkään ja toimintakykyisinä. Näin voidaan myöhentää heidän siirtymistään ympärivuorokautiseen hoitoon eli käytännössä tehostettuun palveluasumiseen. Tavoitetta puoltavat sekä inhimilliset ja elämän laatuun liittyvät seikat että taloudellisuus.

Useimmat 75 vuotta täyttäneet asuvat kotonaan itsenäisesti käyttämättä säännöllisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Ympärivuorokautiseen hoitoon päädytään nykyisellään keskimäärin 82–83 vuoden iässä. Merkittävää sote-kustannusten kasvua on odotettavissa, kun suuret ikäluokat (vuosina 1945–1950 syntyneet) saavuttavat 80 vuoden rajapyykin.

Tässä julkaisussa iäkkäiden ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskitekijät tarkastellaan kansallisten rekisteritietojen avulla ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskitekijöitä. Tarkastelu perustuu Kuntaliiton ja Aalto-yliopiston yhteiseen vuonna 2014 käynnistyneeseen tutkimushankkeeseen. Tutkimuksen kohteena olivat Suomen suurimpien kaupunkien, 17 keskisuuren kunnan ja kahden sote-kuntayhtymän vuosina 2013–2014 ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyneet 75 vuotta täyttäneet. Otokseen kuuluvien iäkkäiden keski-ikä oli 81,5 vuotta. Yksi viidestäkymmenestä (2,1 prosenttia) siirtyi vuoden aikana ympärivuorokautiseen hoitoon. Siirtyneiden keski-ikä oli 85,5 vuotta.

Ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskiä lisäsivät ennen kaikkea sairaudet ja sairastamiseen liittyvä päivystys- ja erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon käyttö. Muistisairailta oli kaikkein korkein riski siirtyä ympärivuorokautiseen hoitoon. Matala tulotaso ja yksinasuminen lisäsivät riskiä, mikä viittaa siihen, että iäkkäiden palvelujärjestelmä ei kaikin osin ole varautunut huomioimaan sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevia ja yksin asuvia. Tutkimuksessa ilmeni myös, että omaishoidon tuella olevat iäkkäät olivat keskimääräistä kotihoidon asiakasta raskashoitoisempia ja että heillä oli korkea riski siirtyä ympärivuorokautiseen hoitoon.

Iäkkäiden toimintakyvystä ei ollut saatavissa systemaattista tietoa, mutta toimintakyvytieto olisi tarpeen palvelujen arvioinnissa ja kehittämisessä. Omaishoidon tuen asiakkuuksista olisi myös tarpeen saada nykyistä tarkempaa tietoa. Ongelmallista on myös se, että omaisten ja muiden läheisten antama epävirallinen hoiva ja tuki jäävät piiloon nykyisin rekisteritutkimuskeinoin, vaikka niillä voi olla

ratkaiseva vaikutus kotona pärjäämiseen. Olisi hyvä pohtia, miten epävirallisen läheisavun saatavuus huomioitaisiin palvelujärjestelmiä suunniteltaessa ja millaisia kannusteita voitaisiin luoda epävirallisen läheisavun roolin kasvattamiseen formaaleja palveluja täydentämään tai tukemaan ja miten yhteiskunta voisi tukea läheisiään auttavia aiempaa paremmin. Tuoreen selvityksen mukaan Suomessa on jo nyt tarjolla paljon keinoja helpottaa omaishoidon ja ansiotyön yhdistämistä, mutta niitä ei ole otettu riittävästi käyttöön, koska keinoista ei tiedetä tai asenteet työpaikoilla eivät ole myönteisiä.

Tässä tutkimuksessa, kuten kaikissa ELSE-projektin osatutkimuksissa, on pyritty hahmottamaan erilaisia iäkkäiden palvelunkäyttöön vaikuttavia tekijöitä. Kysyntään vaikuttavat palvelujen tarjonta, jota ohjaa lainsäädäntö, muu kansallinen ohjaus ja kunnan poliittiset päätökset. Muun muassa ikä, tulotaso ja erilaiset sairaudet vaikuttavat yksilöiden palvelun käyttöön ja valintoihin yksityisten ja julkisten palvelujen välillä. Myös kansalaisten digitaalisten palvelujen käyttö olisi syytä ottaa huomioon, sillä niiden merkitys korvaavina palvelumuotoina on kasvanut. Tutkimuksen johtopäätöksenä koko iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuus kytköksineen on esitetty pelkistetysti raportin kuviossa 13.

Tutkimuksesta käy ilmi, että iäkkäiden palvelujärjestelmää on tarkasteltava sosiaalijärjestelmän ja terveyspalvelujen kokonaisuutena, ei pelkästään sosiaalipalvelujen ja perusterveydenhuollon pitkäaikaishoidon näkökulmasta. 70 prosenttia tutkittavista oli käynyt erikoissairaanhoidon päivystyksessä ja 42 prosenttia tutkittavista oli ollut erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa. Enemmistöllä oli siis ollut tarvetta ja kontakti erikoissairaanhoidon palveluihin. Erikoissairaanhoidon asiakkailla oli myös kaksinkertainen siirtymäriski ympärivuorokautiseen hoitoon. Kokonaisuutta tarkastelemalla pystymme myös paikantamaan ne kohdat palveluissa, joita kehittämällä palvelujärjestelmää voitaisiin parantaa.

Jatkossa olisi tärkeää kartoittaa, millaisissa tilanteissa iäkkäät joutuvat hakeutumaan päivystykseen tai erikoissairaanhoidon hoitoon ja miten riskiä voitaisiin ennaltaehkäistä. Vanhuksen terveydentilaan liittyviä muutoksia on mahdollista ennakoita ja välttää päivystyskäyntien tarvetta. Ikääntyneen ESH-vuodeosastojakson jälkeiseen aikaan tulisi kiinnittää erityistä huomiota, jotta toimintakykyä ja kotiin kuntoutumista voidaan tukea mahdollisimman vaikuttavasti. Vanhusväestön hoitoon olisi tärkeä osoittaa riittävät lääkäriresurssit ja hyödyntää erityisesti geriatrien asiantuntemusta sekä kehittää hoitohenkilökunnan geriatriasta osaamista. Tämä lisäisi asiakaslähtöisyyttä ja palvelujen laatua.

Julkaisu on osa Kuntaliiton projektia Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus (Elderly people's services: use, costs, effecti-

veness – ELSE), jossa selvitettiin valtakunnallisten rekisteriaineistojen ja muiden tietojen avulla, kuinka ikääntyneen väestön palvelut voidaan järjestää kokonaistaloudellisesti parhaalla mahdollisella tavalla. Projektissa levitetään myös tietoa siitä, miten palvelutuotantoa kehittämällä voidaan parantaa tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Vuosina 2014–2018 toteutetun projektin yhteistyökumppaneina ovat Kela, STM ja Hyvinvointialan liitto ry.

Toivomme Kuntaliitossa, että julkaisun tulokset herättävät kunnissa kiinnostuksen suunnitella lisäpalveluita tai hoitokokonaisuuksia, joilla iäkkäiden siirtymäriskiä ympärivuorokautiseen hoitoon voitaisiin alentaa. Tärkeä on havaita, että palvelujen ja hoitoketjujen suunnittelussa korkeimpien riskiryhmien ikääntyneet tulisi huomioida omana segmenttinään.

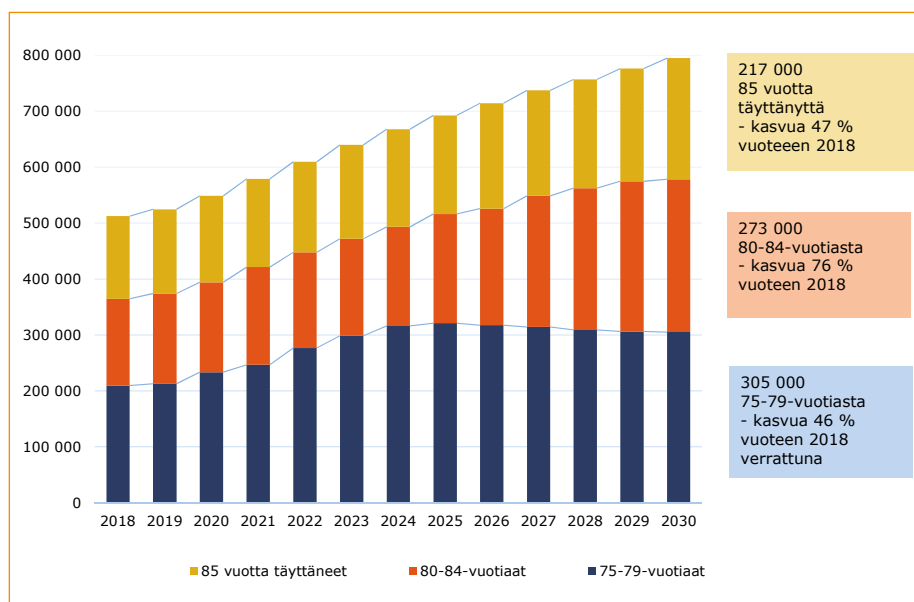
Hanna Tainio
varatoimitusjohtaja
Suomen Kuntaliitto

Tarja Myllärinen
johtaja, sosiaali- ja terveysasiat
Suomen Kuntaliitto

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen on arvioitu kasvavan reaalisesti noin kolmanneksen vuoteen 2040 mennessä. Kasvusta noin 6 prosenttiyksikköä johtuu väestönkasvusta ja 26 prosenttiyksikköä henkeä kohti laskettujen kustannusten kasvusta eli ikärakenteen muutoksesta. Koska kustannukset henkeä kohden laskettuna ovat suurempia vanhemmissa ikäluokissa, väestön vanheneminen nostaa kustannuksia¹. Valtakunnallisena tavoitteena on ollut rajata menojen kasvu 0,9 prosentin vuositasolle. Se, miten ikääntyvän väestön palvelut tulevaisuudessa hoidetaan ja kustannetaan entistä tehokkaammin ja laadukkaasti on olennainen kysymys ikääntyvässä Suomessa, jossa työikäinen väestö ei pysty verotuloillaan kattamaan suurten ikäluokkien hoidon ja hoivan tarvetta. Sote-kustannusten kasvu ei ole suoraan suhteessa 75 vuotta täyttäneiden määrän kasvuun. Moni 75 vuotta täyttänyt asuu kotonaan käyttämättä säännöllisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Kustannukset kasvavat jyrkästi vasta, kun vuosina 1945–1950 syntyneet suuret ikäluokat tulevat 80 vuoden ikään.

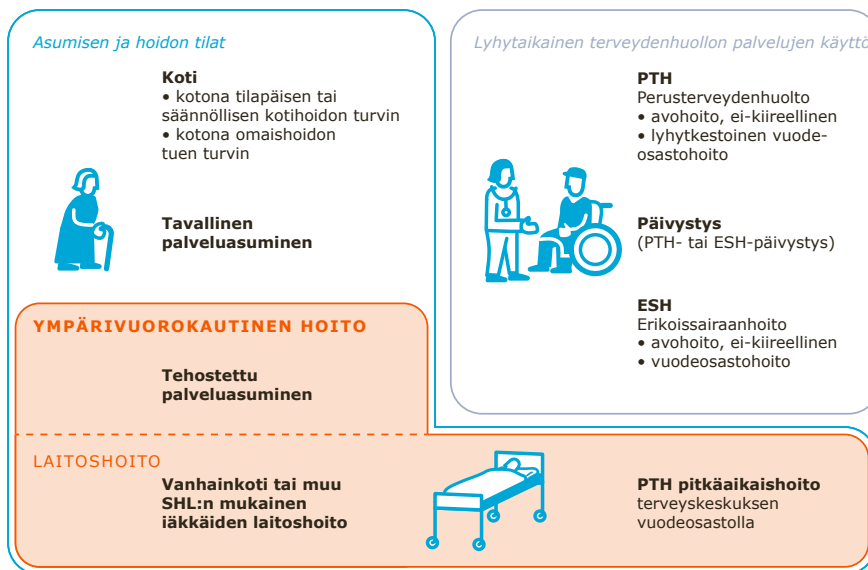
Suomessa tulee olemaan vuonna 2026 noin 400 000 80 vuotta täyttäneitä (ks. kuvio 1). He ovat silloin iässä, jolloin yhä useammalla heikentynyt toimintakyky



Kuvio 1. 75 vuotta täyttäneen väestön kehitys vuoteen 2030 Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan.

alkaa uhata kotona itsenäisesti pärjäämistä. Suomessa ympärivuorokautiseen hoitoon päädytään nykyisellään keskimäärin 82–83 vuoden iässä.² Kuoleman lähes-tyessä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö kiihtyy entisestään. Tuoreet tutkimukset³ osoittavat, että viimeisen kolmen elinkuukauden aikana erikoissai-raanhoidon ja perusterveydenhoidon vuodeosastohoidon kustannukset ja päivys-tyskustannukset kaksinkertaistuvat.

Viimeksi kuluneiden vuosien aikana vanhuspalvelujen rakennetta on muutettu avohoitopainotteisemmaksi, mikä on tullut mahdolliseksi geriatrisen kuntoutuk-sen kehittymisen myötä. Kotihoitoa on lisätty ja sen palvelutarjontaa laajennet-tu jopa ympärivuorokautiseksi, laitoshoidon vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on vähennetty ja korvattu lisäämällä tehostetun palveluasumisen tarjontaa. Nykyiset hoito- ja asumismuodot on esitetty kuviossa 2. Ikääntyvän Suomen talouden kannalta tärkeintä on turvata ihmisten mahdollisuus terveeseen ja toimintakykyiseen ikääntymiseen. Näin tuetaan parhaiten kotona asumista ja lykätään sekä ehkäistään ympärivuorokautisiin palveluihin siirtymistä.



Kuvio 2. Ikääntyneiden asumisen ja hoidon tilat.

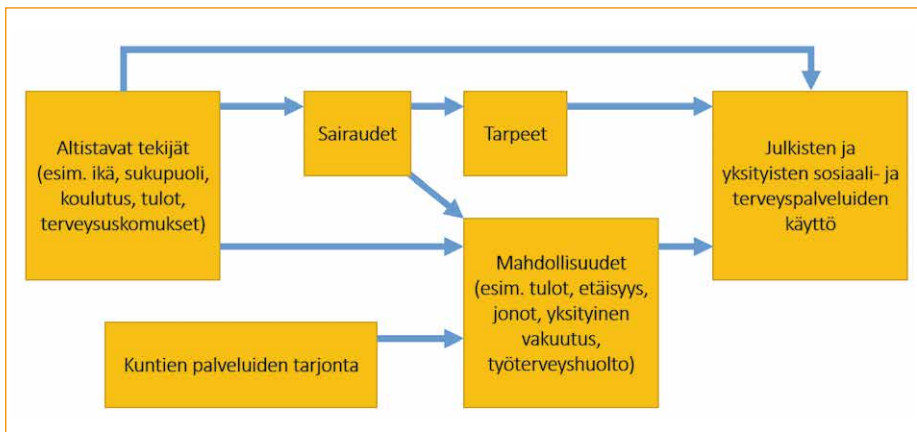
Tarkastelemme tässä tutkimuksessa iäkkäiden ihmisten ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymiseen vaikuttavia tekijöitä niin kutsutun Andersenin mallin⁴ mukaisesti hyödyntäen valtakunnallisista rekistereistä saatavia tietoja. Mallia on käytetty paljon tarkasteltaessa terveyspalvelujen käyttöä yksilötasolla,⁵ mutta sen avulla voidaan selvittää myös iäkkäiden sosiaalipalvelujen käyttöön vaikuttavia tekijöitä.

2

Ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskitekijöitä aiemman tutkimuksen valossa

Andersenin mallissa palvelujen käyttöön vaikuttavat tekijät jaetaan kolmeen luokkaan: 1) altistaviin, 2) mahdollistaviin ja 3) palvelujen tarpeeseen. Altistaviin tekijöihin kuuluvat demografiset tekijät (esim. ikä, sukupuoli), sosiaaliset tekijät (esim. koulutus, ammatti ja sosiaaliset suhteet, kuten perhesuhteet) sekä terveysuskomukset (esim. asenteet ja arvot sekä terveydentilaa ja terveyspalveluja koskeva tieto). Mahdollistaviin tekijöihin puolestaan kuuluvat erilaiset yksilön henkilökohtaiset (esim. tulot ja vakuutukset) ja yhteiskunnalliset voimavarat (esim. jonotusajat, matka-ajat ja palvelujen tarjonta), jotka edistävät tai estävät palvelujen käyttöä. Tarvetekijöihin kuuluvat koettu tai ammatillaisen objektiivisesti arvioima terveydentila ja tarve terveyspalveluille.

THL:n raportissa Sosiaali ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen⁶ sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön liittyvät tekijät ja niiden keskinäiset suhteet on hahmotettu Andersenin malliin perustuvan kuvion 3 mukaisesti.



Kuvio 3. Palveluiden käytön mekanismit (muk. Vaalavuo, Häkkinen, Fredriksen 2013, 19.)

Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin Andersenin mallia. Mallin mukaisesti luokiteltiin eri tekijät, jotka aiempien tutkimusten mukaan ennakoivat ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä ja joista on valtakunnallista rekisteritietoa.

2.1 Altistavat tekijät

Ikäikäällä on suurempi tarve ja korkeampi siirtymisriski ympärivuorokautiseen hoitoon.⁷ Iän lisäksi yksin asumisen on havaittu vaikuttavan ympärivuorokautisen hoidon tarpeeseen.⁸ Usein ikääntynyt selviää kotona läheistensä tuella pidempään kuin yksin.⁹ Suomalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että leskeksi jääminen lisäsi saman vuoden aikana tapahtuvan ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskiä.¹⁰ Miesten siirtymäriske on aiempien tutkimusten mukaan suurempi kuin naisten, vaikka ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyjistä suurin osa on naisia.¹¹ Tämä saattaa selittyä naisten korkeammalla eliniänodotteella ja yksin asumisen yleisyydellä¹².

2.2 Mahdollistavat tekijät

Sosioekonomisen aseman, kuten tulotason, on todettu vaikuttavan siirtymäriskeihin: henkilöillä, joilla on korkeampi tulotaso, on pienempi todennäköisyys päätyä laitoshoitoon.¹³ Myös asuinympäristöllä ja sen palvelurakenteella on havaittu olevan yhteys siirtymiseen. Alueella olevien vanhainkotipaikkojen määrän on todettu nostavan riskiä siirtyä vanhainkotiin.¹⁴ Yleisesti voidaan olettaa, että myös muiden sote-palvelujen tarjonta alueella lisää näiden palvelujen käyttöä. Kunnilla on lakisääteinen velvollisuus järjestää ikääntyneiden palveluja, mutta kunnilla on oikeus määrittellä osittain palvelujen kattavuutta.

2.3 Tarvetekijät

Kansainvälisten tutkimusten mukaan yleisin ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskitekijä on Alzheimerin tauti.¹⁵ Yleisestikin muistisairaudet lisäävät riskiä joutua ympärivuorokautiseen hoitoon. Ne ovat tärkein ikääntyvien toimintakykyä heikentävä ja palvelun tarvetta lisäävä sairausryhmä myös Suomessa.¹⁶ Noin 80 prosentilla ympärivuorokautisen hoidon asukkaista on muistioireita tai diagnosoitu muistisairaus.¹⁷ Alzheimerin taudin lisäksi muita siirtymäriskeä merkittävästi lisääviä terveydellisiä tekijöitä ovat aivo- ja sydäninfarkti ja lonkkamurtumat.¹⁸ Diabeetikoilla on suurentunut riski muistisairauksiin, mikä osaltaan lisää riskiä siirtyä ympärivuorokautiseen hoitoon.¹⁹ Myös aiempi palvelujen käyttö, kuten päivityksessä käynnit tai sairaalahoito on tunnistettu riskitekijöiksi ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymiseen.²⁰

3

Aineisto ja menetelmät

3.1 Otos

Tutkimusaineisto kerättiin Kuntaliiton ja Aalto-yliopiston yhteisessä tutkimushankkeessa, joka on osa Kuntaliiton projektia Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus (Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing ELSE). Vuonna 2014 käynnistyneen rekisteriperusteisen tutkimushankkeen päätavoitteena on tutkia ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksia sekä kunnittaisia eroja palveluiden käytössä. Ikääntyneellä väestöllä ja iäkkäillä ihmisillä tarkoitetaan tutkimushankkeessa 75 vuotta täyttäneitä. Tämän hankkeen osatutkimuksen tiedot on kerätty 37 eri kunnan asukkaista ja tutkimusaineistossa on 225 446 henkilöä. Tietokanta sisälsi vuosilta 2013–2014 otoskuntien kaikkien vuonna 1939 tai aiemmin syntyneiden tiedot sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä. ELSE-tietokanta on tarkemmin kuvattu hankkeen aiemmassa raportissa.²¹

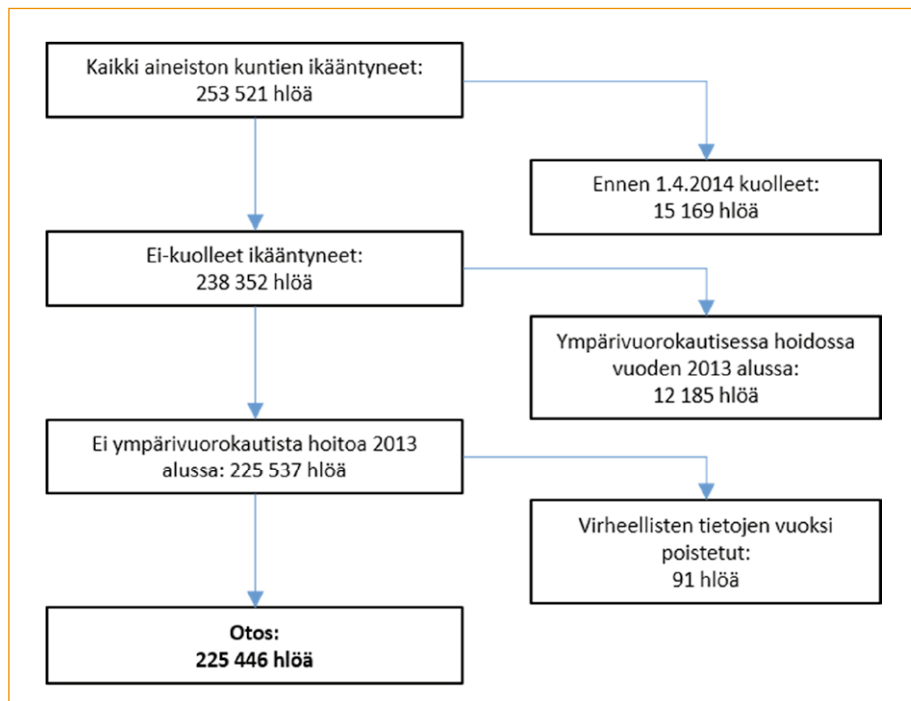
Tutkimuksen edustavuuden varmistamiseksi tähän tutkimukseen sisällytettiin Suomen suurimmat kaupungit, otos suomalaisista keskisuurista kunnista sekä kaksi sote-kuntayhtymää. Suurista kaupungeista tarkastelussa on mukana Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kouvola, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku ja Vantaa. Keskisuurista kunnista mukana ovat Imatra, Järvenpää, Kaarina, Kemi, Kerava, Kirkkonummi, Kotka, Lohja, Loviisa, Mikkeli, Porvoo, Rauma, Rovaniemi, Salo, Sipoo, Tuusula ja Varkaus. Sote-kuntayhtymistä on mukana kaksi asukasluultaan keskiuureen kaupunkiin vertautuvaa aluetta: Kainuun sote (Hyrnsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Ristijärvi, Sotkamo, Suomussalmi) ja Mustijoen perusturvakuntayhtymä (Mäntsälä ja Pornainen).

Ikääntynyt saattaa olla ympärivuorokautisessa hoidossa joko lyhyt- tai pitkäaikaisesti. Iäkäs saattaa päätyä lyhyeksi ajanjaksoksi terveyskeskuksen vuodeosastolle ympärivuorokautiseen hoitoon ja palata tämän jälkeen kotiinsa. Samoin omaishoitoa saavilla ikääntyneillä voi olla lyhyitä tehostetun palveluasumisen jaksoja omaishoitajan vapaiden aikana. Ikääntynyt laskettiin tässä tutkimuksessa tutkimusjoukkoon kuuluvaksi eli pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyneeksi, mikäli hänellä oli:

- 90 päivää tai pidempään kestänyt tehostetun palveluasumisen jakso
- 90 päivää tai pidempään kestänyt terveyskeskuksen hoitajakso
- hoitajakso vanhainkodissa tai muussa SHL:n tarkoittamassa laitoshoidossa

Siirtymä ympärivuorokautiseen hoitoon tarkasteltiin vuoden 2013 tapahtumilla. Tutkimusotoksen muodostuminen on kuvattu kuviossa 4.

- Tutkimusotoksesta poistettiin ennen 1.4.2014 kuolleet.
- Tämän jälkeen poistettiin ne ikääntyneet, joilla oli tammi–maaliskuun 2013 aikana tehostetun palveluasumisen tai terveyskeskuksen hoitojakso, jonka kokonaiskesto oli 90 päivää tai pidempi, sekä ne ikääntyneet, joilla oli tällä aikavälillä hoitojakso vanhainkodissa tai muussa SHL:n tarkoittamassa laitoshoidossa.
- Tämän lisäksi aineistosta poistettiin 91 ikääntynyttä, joille oli kirjattu merkittävän puutteellisia tietoja.
- Lopulliseksi otokseksi muodostui 225 446 ikääntynyttä.



Kuvio 4. Otoksen muodostuminen.

Ikääntynyt laskettiin siirtyneeksi pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoitoon, mikäli tämä oli ollut vuoden 2014 tammi–maaliskuussa yllä mainituilla kriteereillä ympärivuorokautiseksi hoidoksi luokitellulla hoitojaksolla. Taulukossa 1 on esitetty otos kunnittain.

Taulukko 1. Otos (henkilöä) kunnittain.

Suuret kaupungit	Otos	Keskisuuret kunnat ja kuntayhtymät	Otos	
Espoo	13 815	Imatra	3 610	
Helsinki	42 545	Järvenpää	2 340	
Jyväskylä	9 519	Kaarina	2 414	
Kouvola	9 166	Kainuun sote	8 351	
Kuopio	9 175	Kemi	2 417	
Lahti	9 677	Kerava	2 230	
Oulu	11 489	Kirkkonummi	1 800	
Pori	8 607	Kotka	5 546	
Tampere	17 941	Lohja	3 957	
Turku	16 267	Loviisa	1 747	
Vantaa	11 177	Mikkeli	5 741	
		Mustijoen perusturva- kuntayhtymä	1 581	
		Porvoo	3 661	
		Rauma	4 215	
		Rovaniemi	4 859	
		Salo	5 645	
		Sipoo	1 264	
		Tuusula	2 044	
		Varkaus	2 646	
Yhteensä	159 378		66 068	225 446

3.2 Eri tekijät siirtymistä selittämässä

3.2.1 Alistavat tekijät

Alistavista tekijöistä tutkimukseen otettiin mukaan iän ja sukupuolen lisäksi Väestötietokeskuksen tietoja yksin tai avioliitossa asumisesta. Avioliittohistoria sisälsi tiedot avioliitossa olemisesta, leskeksi jäämisestä sekä avioeroista vuosien 2010–2013 aikana.

3.2.2 Mahdollistavat tekijät

Verohallinnon tulotietojen avulla tutkittiin korkean tulotason vaikutusta siirtymäriskiä. Ansio- ja pääomatulojen osalta korkean tulotason henkilöiksi määriteltiin otoksen ylimmän tulokymmenyksen luokkaan kuuluvat henkilöt. Ansio- tulojen osalta henkilöt, joiden ansiotulot vuonna 2011 olivat yli 28 985 euroa ja

pääomatulojen osalta henkilöt, joiden pääomatulot vuonna 2011 olivat yli 2 352 euroa, kuuluivat tutkimusotoksen ylimpiin tulokymmenyksiin.

Alueellisen tason muuttujista tarkasteltiin kuntakoon ja väestötiheyden merkitystä kunnan asukkaiden siirtymäriskiin. Suuren väestöpohjan alueilla on mitta-kaavaetujen johdosta parempi valmius segmentoida erittäin suuren palvelukäytön potilaita ja harvinaisia paljon tai kallista hoitoa vaativia tapauksia.²² Toisaalta ikääntyneet, joilla on hyvin paljon palvelukäyttöä, saattavat asua yleisemmin suuremmissa kaupungeissa. Harvemmin asutuilla alueilla esimerkiksi kotihoidon palveluiden järjestäminen tehokkaasti voi olla vaikeampaa kuin kaupunkialueilla. Kuntakoon osalta kunnat jaoteltiin suuriin kaupunkeihin (11 kpl, lueteltu edellä) sekä keskisuuriin kuntiin (sis. Kainuun sote ja Mustijärven perusturvakuntayhtymä). Väestötiheyden osalta tarkasteltiin kuulumista kuntien harvimmin asuttuun kymmenykseen (Kainuun soten kunnat, Loviisa, Rovaniemi, N = 14 957).

3.2.3 Tarvetekijät

Ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä selittäviksi tekijöiksi otettiin tarvetekijöistä muistisairaudet, lonkkamurtuma, keuhkohtaumatauti, sepelvaltimotauti, aivoverisuonisairaudet, syöpät, tyyppin II diabetes ja krooninen munuaissairaus. Nämä tarvetekijät aiheuttavat aiemman kirjallisuuden mukaan siirtymisiä tai ovat muuten ikääntyville tyypillisiä. Muistisairauksiin laskettiin kolmen merkin tarkkuudella THL:n muistisairauslaskennassa määritellyt ICD-koodit (THL Laatuseloste). Sepelvaltimotautiin ja aivoverisuonisairauksiin laskettiin THL:n sydän- ja verisuonirekisterin mukaiset diagnoosikoodit ja syöpäsairauksiin kaikki C-alkuiset diagnoosikoodit. Tutkittavien sairauksien joukkoon laskettiin myös krooninen munuaissairaus, koska sen vakavassa vaiheessa sairaalaan päättymisen riski on merkittävästi kohonnut.²³ Eri sairauksia sairastavat henkilöt tunnistettiin heidän vuoden 2013 hoitotapahtumiinsa merkityistä taudinkuvalle tyypillisistä diagnoosikoodeista sekä pää- että sivudiagnooseina. Diagnoosikoodit esitetään taulukossa 2.

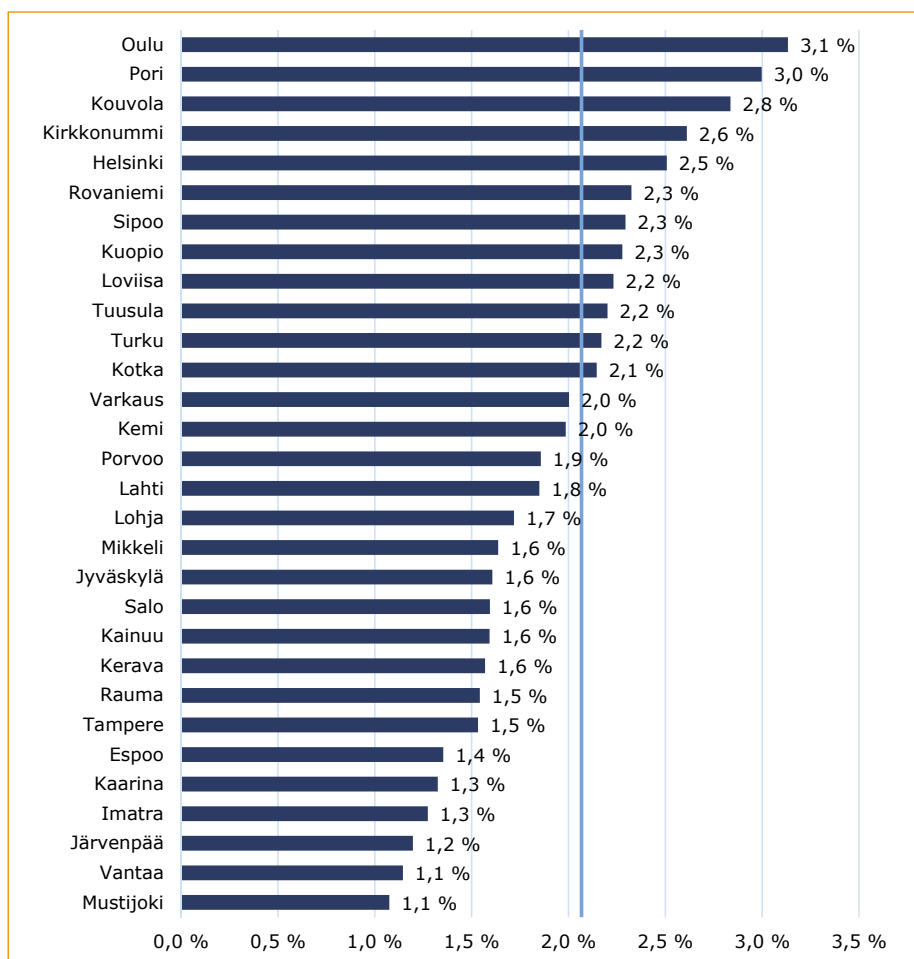
Taulukko 2. Tutkimukseen sisällytetyt diagnoosit.

Diagnoosi	ICD10-koodi
Lonkkamurtuma	S72
Keuhkohtaumatauti	J44
Sepelvaltimotauti	I20-I25, I46, R96, R98
Aivoverisuonisairaudet	I60-I69, G45
Muistisairaudet	F00-F03, G30
Syöpä	C** (Kaikki C-alkuiset diagnoosikoodit)
Tyyppin II Diabetes	E11
Krooninen munuaissairaus	N18

Sairauksien lisäksi hoidon tarvetta tutkimuksessa kuvasivat erikoissairaanhoidon ja päivystyksen käyttö sekä kotihoidossa tai omaishoidon tuella olo.

3.3 Tutkimusasetelma ja aineiston analysointi

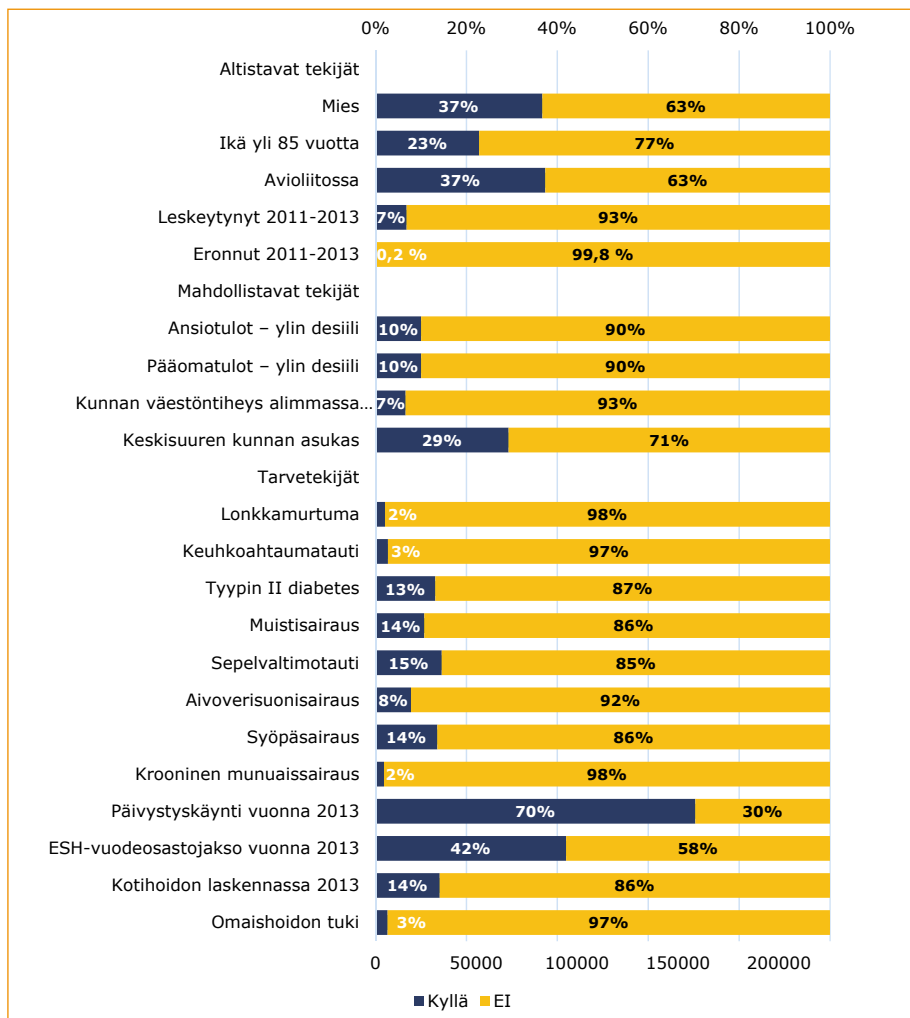
Tutkimuksessa tarkastellaan siirtymää ympärivuorokautiseen hoitoon ei-ympärivuorokautisesta asumisen tai hoidon tilasta, eli itsenäisestä kotona asumisesta ilman kotihoitoa tai säännöllisen kotihoidon tai omaishoidon tuen piiristä. Otokseen kuuluvien iäkkäiden keski-ikä oli 81,5 vuotta. 225 446 ikääntyneen joukosta ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyi vuoden 2013 aikana 4 598 henkilöä (eli ei-siirryneitä oli 220 848). Koko aineistosta siirryneitä oli siis 2,1 prosenttia. Siirryneiden keski-ikä oli 85,5 vuotta.



Kuvio 5. Ympärivuorokautiseen asumiseen siirryneet ikääntyneet kunnittain (2013). Siirtymien keskiarvo 2,1 merkitty pystyviivalla.

Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtyi kunnasta riippuen 1,1–3,1 prosenttia ikääntyneistä asukkaista (kuviot 5). Ero kuntien välillä on huomattava, ja saattaa viitata erilaisiin käytäntöihin ympärivuorokautiseen hoitoon päättymisen kriteereissä. Oulussa oli suurin siirtyneiden määrä, 3,1 prosenttia, kun taas Vantaalla ja Mustijoen perusturvassa siirtyneitä oli otoksessa vain 1,1 prosenttia. Suurempi siirtymismäärä johtanee pitkällä aikavälillä suurempaan kustannusten kertymiseen.

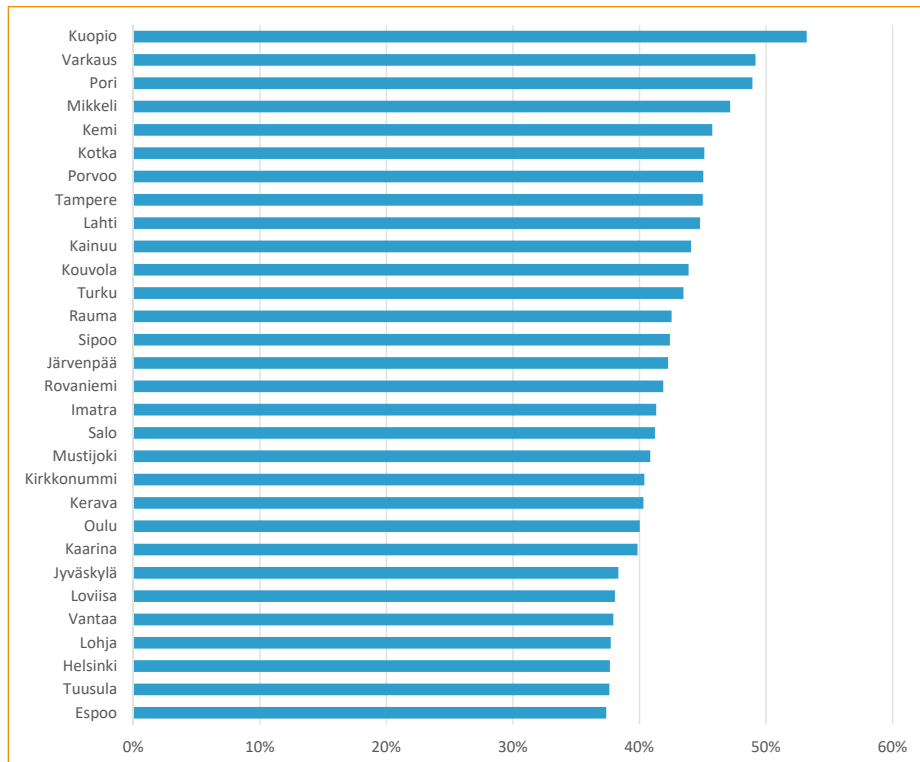
Tutkimusaineiston analyysissä käytetyt Andersenin mallin mukaisesti jaotellut taustatekijät ja niiden yleisyys on kuvattu kuviossa 6 ja lukumäärät ilmoitettu liitetaulukossa 1.



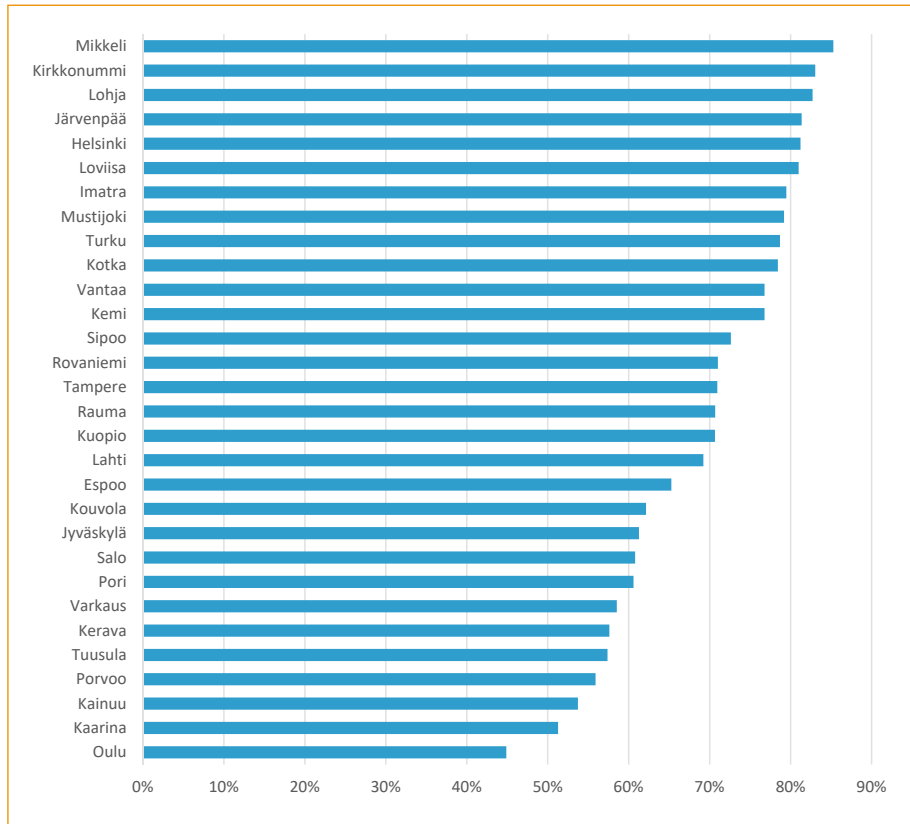
Kuvio 6. Muuttujien esiintyminen aineistossa.

Verrattain yleisiä sairauksia olivat sepelvaltimotauti (15 %), muistisairaus (14 %), syövät (14 %) sekä tyyppin II diabetes (13 %), jotka kaikki ovat luonteeltaan kroonisia sairauksia. Kuitenkin tutkimuksen ikääntyneillä oli myös kohonnut akuutti hoidontarve: vuonna 2013 70 prosenttia tämän tutkimuksen henkilöistä oli käynyt erikoissairaanhoidon päivystyksessä ja 42 prosenttia erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa olleiden ja päivystyksessä käyneiden osuuksissa oli suuria eroja kunnittain (kuviot 7 ja 8). ESH-vuodeosastohoidossa olleiden osuus vaihteli 37 prosentin ja 53 prosentin välillä, päivystyksessä käyneiden 45 prosentin ja 85 prosentin välillä. Erot kertovat kuntien palvelurakenteiden erilaisuudesta. Päivystyskäytössä erot saattavat liittyä ei-päivystyksellisten erikoissairaanhoidon palveluiden ja perusterveydenhuollon palveluiden saatavuuteen tai palveluohjaukseen. Esimerkiksi Helsingissä oli tutkimusajankohtana oma perusterveydenhuollon ja perustason sisätautien päivystys, johon ohjattiin oireiden tai diagnoosin perusteella suurin osa vanhuksista. Päivystyksen vuodeosastot olivat sisätautilääkärijohitoisia ja tavallisetkin terveyskeskusvuodeosastot ottivat potilaita suoraan päivystyksestä hoitoon ja kuntoutukseen.

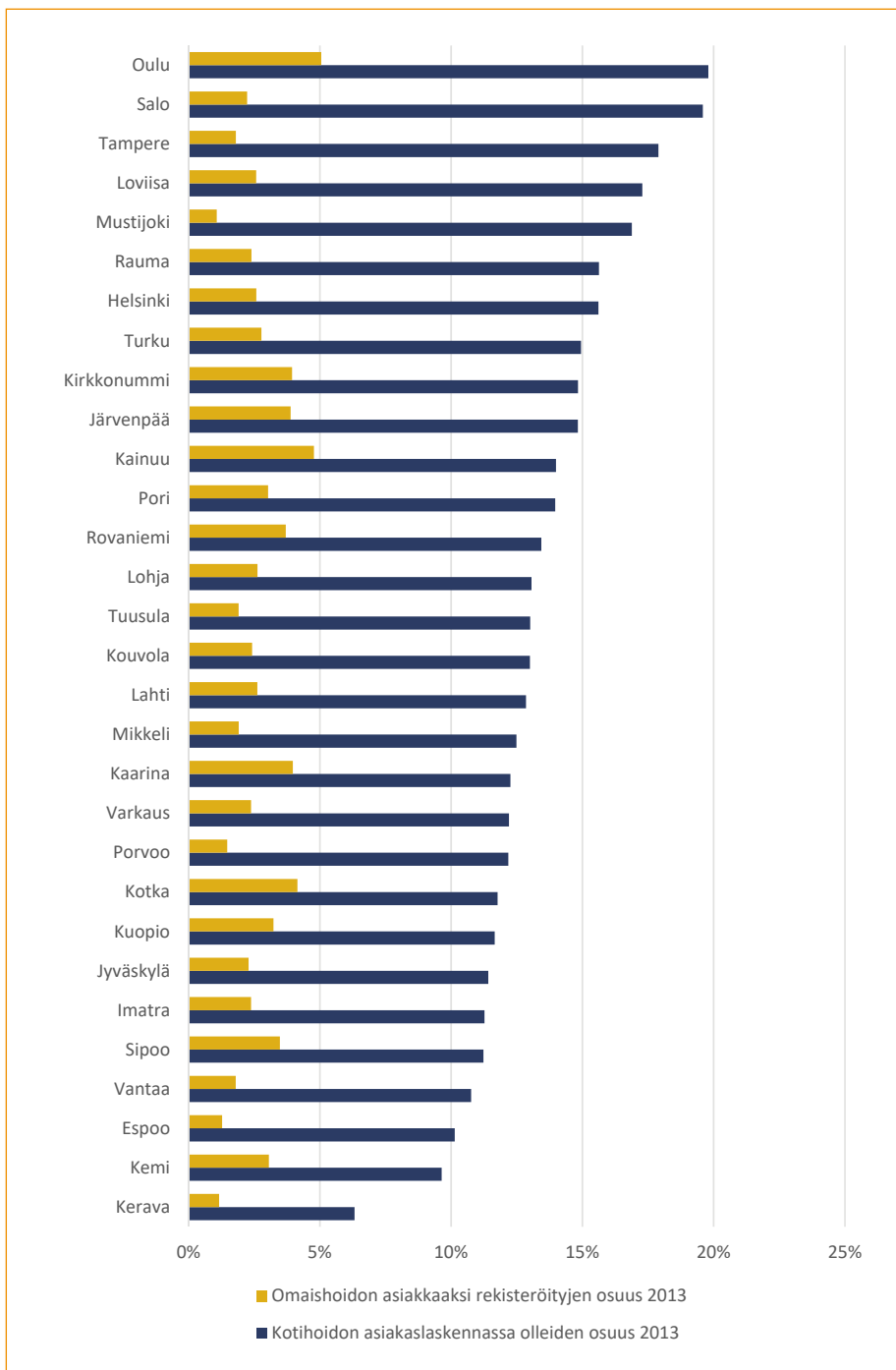


Kuvio 7. ESH-vuodeosastojaksolla olleiden osuus kunnittain (%).



Kuvio 8. ESH-päivystyksessä käyneiden osuus kunnittain (2013, %).

Kuviossa 9 on esitetty säännöllisessä kotihoidossa tai omaishoidossa olevien osuus tutkimusaineistossa, eli ympärivuorokautisten palveluiden ulkopuolella olevista 75 vuotta täyttäneistä kunnittain. Kotihoidossa olevien iäkkäiden määrässä oli suurta vaihtelua kuntien kesken (kuvio 9). Matalin osuus oli Keravalla (6 %) ja korkein Oulussa (20 %). Mediaani oli 13 %. Keskimäärin viidennes kotihoidon asiakaslaskennassa olleista ikääntyneistä oli omaishoidon tuen piirissä, mutta myös omaishoidon kattavuudessa oli huomattavia kuntakohtaisia eroja.



Kuvio 9. Koti- ja omaishoidon osuudet kunnittain.



4

Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtymistä ennustavat tekijät

4.1 Siirtymistä ennustavat tilastolliset mallit

Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtymistä ennustavia tekijöitä tutkittiin logistisella regressioanalyysillä, jossa kullekin selittävälle tekijälle lasketaan Odds Ratio eli OR. Tämä kuvaa kahden tapahtuman todennäköisyyksien suhdetta.²⁴ Odds Ratio kuvaa, kuinka paljon todennäköisempää tilasiirtymä on kunkin selittävän muuttujan ollessa voimassa verrattuna tilanteeseen, jossa näin ei ole. Jos jonkin sairauden Odds Ratio olisi 5, tarkoittaisi se, että henkilöiden, joilla on tämä sairaus, todennäköisyys siirtyä ympärivuorokautiseen hoitoon on viisinkertainen verrattuna muihin potilaisiin (muiden tekijöiden pysyessä samana). Käänteinen vaikutus, merkittävästi alempi todennäköisyys olisi 0,2. Mikäli sairauden Odds Ratio olisi 1, ei sairaus vaikuttaisi siirtymäriskiin. Käytännössä kyseessä on siis tietyn muuttujan riskikerroin ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymiselle.

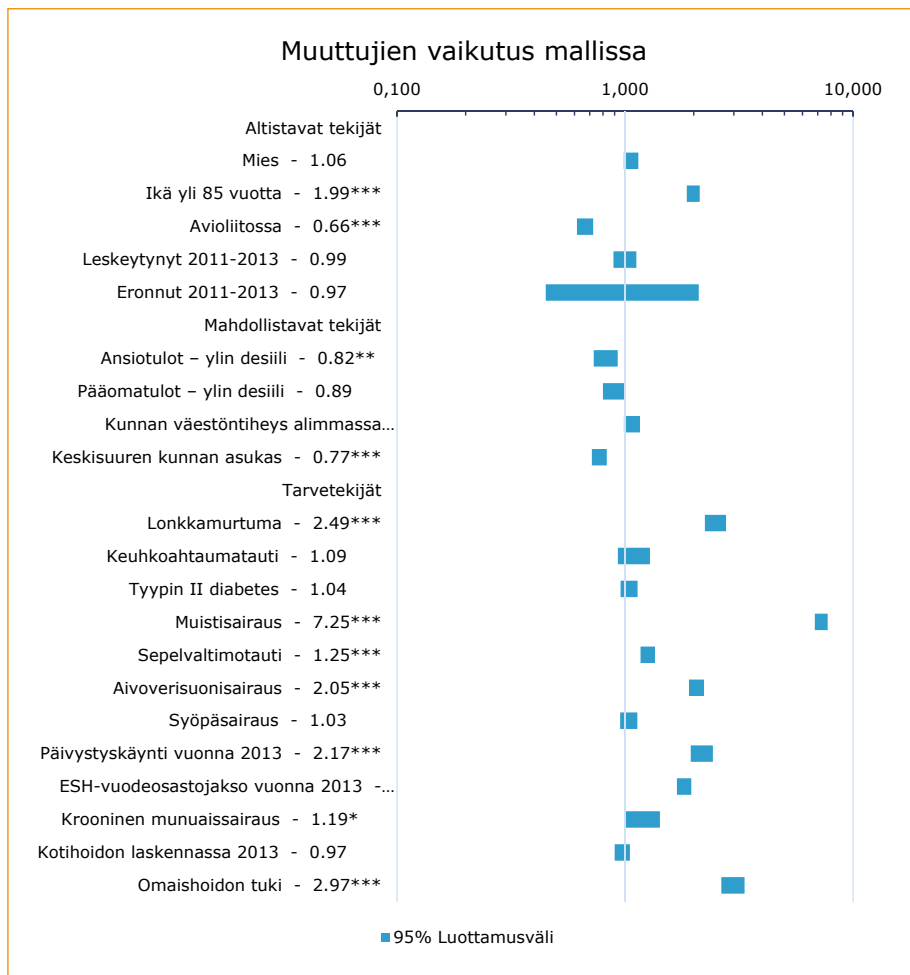
Suurella aineistolla, jossa tutkitaan pienelle osajoukolle tapahtuvaa ilmiötä, kuten tässä tutkimuksessa, OR voidaan tulkita myös riskikertoimena. Mikäli siis huomataan, että jonkin diagnoosikoodin esiintymisen riskikerroin tilasiirtymälle on 5, voidaan tulkita, että iäkkäillä, joilla diagnoosi esiintyy, on viisinkertainen riski päätyä ympärivuorokautiseen hoitoon.

Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtymistä selitettiin tutkimuksessa kolmen logistisen regressiomallin avulla, joista jälkimmäiset olivat nk. tarkastusmalleja.

Ensimmäinen malli. Ensimmäiseen malliin sisällytettiin kaikki tutkimuksessa käytetyt muuttujat binäärisinä muuttujina. Mallin tulokset on esitelty kuviossa 10. Tilastollisesti merkitsevät riskikertoimet vaihtelevat välillä 0,66 (noin 33 % pienempi siirtymäriski) – 7,25 (yli seitsenkertainen siirtymisriski). Mitä lähempänä riskikerroin on kerrointa 1, sitä heikommin kyseinen muuttuja vaikuttaa siirtymäriskiin.

Kuviosta 10 voidaan myös nähdä, että suurimmat riskikertoimet ovat muistisairauksilla sekä lonkkamurtumilla (erittäin merkitsevä 7,25 sekä 2,45). Näistä kumpikin vaikuttaa merkittävästi ikääntyneen kykyyn selviytyä yksin arjessa.

Yli 85 vuoden ikä kasvatti ja avioliitossa oleminen alensi siirtymäriskiä. Näiden arvojen yhteisvaikutuksesta sukupuolesta tuli ei-merkittävä muuttuja mallissa. Ilmiö on tunnettu kirjallisuudessa: koska naisilla on korkeampi eliniänodote kuin miehillä, on leskeytyneiden naisten keski-ikä ja täten myös siirtymätodennäköisyys vanhainkotiin korkeampi kuin muiden väestöryhmien.²⁵ Kuitenkaan vuoden 2013 aikana leskeytyminen ei lisännyt merkittävästi siirtymisriskiä.



Kuvio 10. Tilasiirtymiin vaikuttavat riskitekijät ja näiden luottamusvälit.

Tilastollisesti merkitsevien muuttujien merkitsevyysaste on merkitty kuvaan tähdellä (* $<0,05$ – tilastollisesti heikosti merkitsevä, ** $<0,01$ – tilastollisesti merkitsevä, *** $<0,001$ – tilastollisesti erittäin merkitsevä). Luottamusvälit on kuvattu logaritmisella asteikolla välillä 0,1: hyvin matala siirtymisriski – 10: hyvin korkea siirtymisriski). Kuvion 10 vieren on piirretty 95 prosentin luottamusvälit kullekin muuttujalle. Muuttujan riskikertoimen on oltava tilastollisesti merkittävästi erisuuri kuin 1, jotta se voidaan huomioida. Mikäli 95 prosentin luottamusväli ylittää keskiviivan, ei muuttujan

vaikutusta voida ottaa huomioon. Voidaan esimerkiksi huomata, että mallin mukaan vuonna 2013 keuhkohtaumadiagnoosin saaneiden siirtymäriski olisi hivenen korkeampi (1,09) verrattuna muihin ikääntyneisiin, mutta luottamusväli ylittää keskiviivan, eli tulos voi liian suurella todennäköisyydellä johtua satunnaisvaihtelusta. Esimerkiksi omaishoidon tukea 2013 saaneilla on tilastollisesti erittäin merkittävä lähes kolminkertainen siirtymäriski (luottamusväli on kaukana keskiviivasta ja hyvin kapea).

Tarkastusmallit. Ensimmäisen mallin perusteella kotihoito ei olisi ollut tilastollisesti merkitsevä muuttuja mallissa, toisin kuin mallin kanssa ollut kotihoidon kanssa vahvasti korreloinut merkintä ikääntyneelle rekisteröidystä omaishoitajasta. Kotihoidossa oleminen ja omaishoidossa oleminen liittyvät toisiinsa; usein omaishoidon asiakkaat saavat myös kotihoidon palveluja. Kotihoidon vaikutuksen tarkastelemiseksi tehtiin myös kaksi muuta regressiomallia.

- Ensimmäisessä tarkastelussa poistettiin omaishoito siirtymäriskiä selittävien muuttujien listasta, jotta pystyttiin tarkistamaan kotihoidon asiakkaana olemisen vaikutus siirtymärisktiin. Tällöin muissa muuttujissa nähtiin vain vähäisiä muutoksia, mutta kotihoidon laskennasta tuli erittäin merkitsevä riskikerrotimeksi 1,28. Tulos on looginen, sillä tässä tarkastelussa omaishoidettavat sekoittuivat osaksi kotihoidossa olevia, mutta koska malli ei sisältänyt tietoa asiakkaan omaishoidosta, kotihoito muuttui merkitsevästi riskiä lisääväksi selittäväksi tekijäksi.
- Toinen tarkastelu tehtiin poistamalla omaishoidettavat asiakkaat otoksen ulkopuolelle. Tällöin kotihoito itsenäisenä muuttujana oli merkitsevä, hieman siirtymäriskiä kasvattaen.

Kummatkin ryhmät (pelkästään kotihoidossa ilman omaishoitoa olevat sekä omaishoidossa olevat aliryhmänä) ovat kohonneessa siirtymäriskissä, mutta tarkasteltaessa molempia ryhmiä samassa mallissa, vain näistä vahvempi säilyi merkitsevä. Tämä johtui ristikkäisvaikutuksesta kotihoidon ja omaishoidon muuttujien välillä. Tarkempi analyysi kotihoidon hoitoisuusluokista ja näiden yhteydestä siirtymisiin on esitetty seuraavassa kappaleessa.

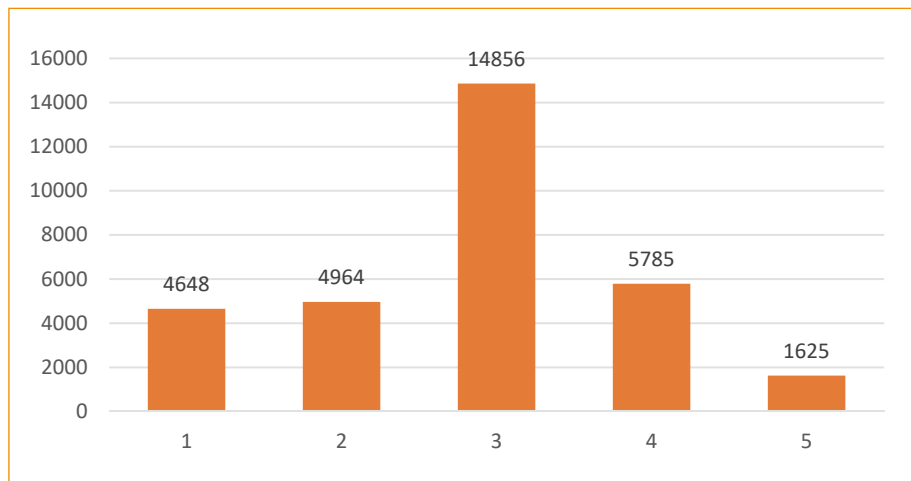
4.2 Kotihoidon eri hoitoisuusluokkien vaikutukset siirtymiseen

Logistisen regressiomallin lisäksi tehtiin erillisanalyysi kotihoidon eri hoitoisuusluokkien vaikutuksesta siirtymiseen ympärivuorokautiseen hoitoon. Ikääntyneelle kotihoidon asiakkaalle tehdään kotihoidon asiakaslaskennan yhteydessä hoidontarpeen arvio, jonka perusteella asiakkaalle määritetään hoitoisuusluokka 1–5, joista 1 tarkoittaa asiakkaan olevan täysin tai lähes omatoiminen, ja 5 asiakkaalla olevan jatkuva ympärivuorokautisen hoivan tarve. Koska hoitoisuusluokka

on luokkamuuttuja, jätettiin se sisällyttämättä logistiseen regressioanalyysiin ja muuttujasta tehtiin erillinen tarkastelu.

Tutkimuksessa selvitettiin myös eroja eri kotihoidon hoitoisuusluokkien välillä. Koska tarkasteltaessa yleisesti kotihoidon laskennan asiakkaita sekä omaishoidon tukea saavia iäkkäitä tuli kotihoidon laskennassa -muuttujasta tilastollisesti ei-merkittävä, on todennäköistä, että omaishoidon tukea saavat ovat merkittävästi erilainen ryhmä verrattuna muihin kotihoidon laskennassa oleviin. Omaishoidon tuen myöntämiskriteerit ovat kunnissa olennaisesti kotihoidon myöntämiskriteereitä tiukemmat, joten ilmeistä on, että omaishoidon asiakkaiden toimintakyky on keskimäärin huomattavasti kotihoidon asiakasta huonompi.

Kuviossa 11 on esitelty kotihoidon eri hoitoisuusluokkien suuruudet kotihoidon laskennan piirissä olevista ikääntyneistä. Kuvasta havaitaan, että suurimmalla osalla on toistuva hoivan tarve (hoitoisuusluokka 3). Selvästi pienin ryhmä on hoitoisuusluokka 5, jatkuva ympärivuorokautisen hoivan tarve.

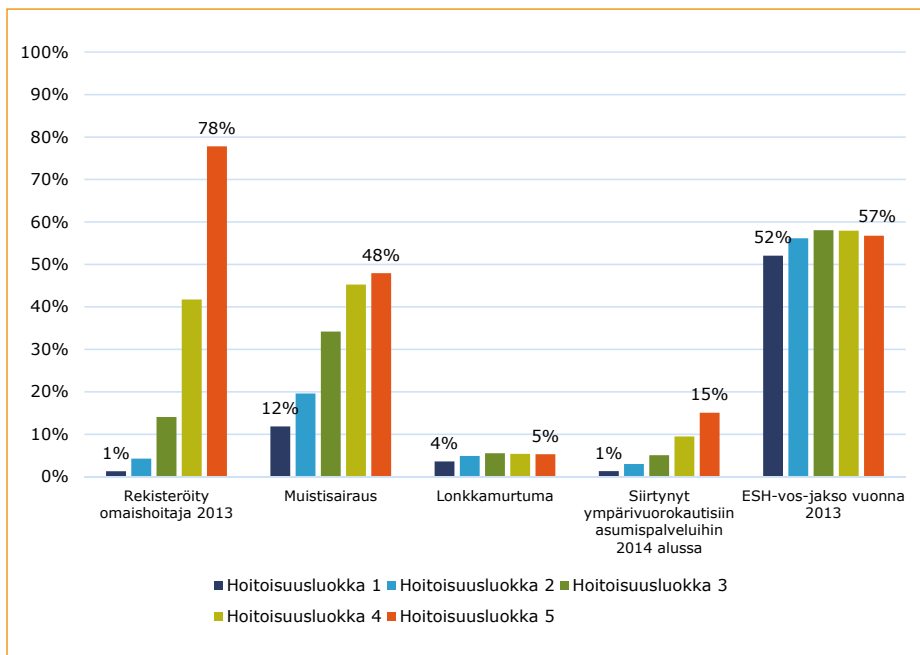


Kuvio 11. Kotihoidon eri hoitoisuusluokkien suuruudet otoksessa. Hoivan tarve -luokituksista käytetään sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoituksissa kuvaamaan asiakkaan hoivan tarvetta. 1: Täysin tai lähes omaoiminen; 2: Ajoittainen hoivan tarve; 3: Toistuva hoivan tarve; 4: Lähes jatkuva hoivan tarve; 5: Jatkuva ympärivuorokautisen hoivan tarve.

Kuvassa 12 on esitelty lisää eroja asiakkaan ilmoitetusta hoitoisuudesta ja kunkin ilmiön esiintyvyydestä. Esimerkiksi raskaimpaan hoitoisuusluokkaan kuuluvista asiakkaista 78 prosenttia kuului omaishoidettaviin asiakkaisiin, 48 prosentilla oli muistisairaus ja 57 prosentilla oli erikoissairaanhoidon hoitajakso. Kuvasta voi-

daan lisäksi huomata, että merkittäviä eroja hoitoisuusluokkien välillä oli erityisesti omaishoidon osuudessa (vaihteluväli 1 %:sta 78 %:iin) ja lisäksi muistisairauksissa sekä ympärivuorokautisiin asumispalveluihin siirtymisessä. Samanlaisia eroja ei ole huomattavissa lonkkamurtumissa tai ESH-vuodejaksolla olleiden osuuksissa.

Hoitoisuusluokassa 5 olevista ikääntyneistä 15 prosenttia siirtyi ympärivuorokautiseen asumiseen välillä 2013–2014. Osuus on erittäin suuri, ja herättää kysymyksen, onko tälle ryhmälle palveluiden tarjoaminen kotiin perusteltua.



Kuvio 12. Hoitoisuusluokkien välisiä eroja. Kuvaajassa on esitetty, millä prosenttiosuudella eri hoitoisuusluokissa olevista kotihoidon asiakkaista on merkitty kyseinen diagnoosi tai palvelutapahtuma. Esimerkiksi hoitoisuusluokan 1 ikääntyneistä vain 1 % siirtyi ympärivuorokautisen asumisen palveluihin aikavälillä 2013–2014, kun taas hoitoisuusluokan 5 ikääntyneistä siirtyi 15 %.



5

Yhteenveto ja pohdintaa

Suurten ja keski suurten kuntien kotona asuvista 75 vuotta täyttäneistä noin yksi viidestäkymmenestä (2,1 prosenttia) siirtyi vuoden aikana (2013–2014) ympärivuorokautiseen hoitoon. Siirtyneiden keski-ikä oli 85,5 vuotta. Tutkimuksessa aiempi tutkimustieto siirtymisen syistä ympärivuorokautiseen hoitoon vahvistui ja osin täydentyi, etenkin tiedolla sosioekonomisten tekijöiden ja virallisen läheisavun merkityksestä siirtymisriskiin. Tutkimuksen monimuuttuja-analyysit mahdollistivatkin aiemmin kirjallisuudessa esiintymättömien ilmiöiden tunnistamista. Ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskitekijöitä tarkasteltiin ns. Andersenin mallin viitekehysessä.

Tarvetekijöillä suurin vaikutus siirtymäriskiin, muistisairauksilla kaikkein korkein

Suurimmat riskitekijät olivat Andersenin mallin mukaisia tarpeisiin liittyviä. Muistisairaudet olivat yhteydessä kohonneeseen siirtymisriskiin. Alzheimerin tauti ja siihen liittyvä toimintakyvyn heikentyminen on aiemmissakin tutkimuksissa ollut yleisin syy joutua ympärivuorokautiseen hoitoon.²⁶ Muistisairauden riskikerroin 7,25 oli tutkimuksen korkein. Myös lonkkamurtumadiagnosi oli yhteydessä korkeampaan ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisriskiin korkein kertoimin (2,49). Samoin sepelvaltimotauti ja aivoverisuonisairaudet nostivat siirtymäriskiä (kertoimet 1,25 ja 2,05).

Tyyppin II diabetes ei itsenäisesti lisännyt siirtymäriskiä. Tuloksessa tulee huomioida, että tyyppin II diabetes on sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä ja näiden siirtymäriski taas oli varsin korkea. Myöskään syöpäsairaudet eivät vaikuttaneet merkittävästi siirtymäriskiin. Syöpäsairaudet ovat hyvin heterogeeninen sairausryhmä, joista osa kehittyy jopa kymmenien vuosien aikana, kun taas toiset erittäin äkillisesti. Syöpäsairauksien elinajanennusteissa on myös suuria eroja. Tämä vaikuttanee tuloksiin.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastojakso, syystä riippumatta, viittasi lähes kaksinkertaiseen siirtymäriskiin. Myös erikoissairaanhoidon päivystyskäynti kaksinkertaisti siirtymäriskin. Otoksen henkilöistä 43 prosentilla oli ESH-vuodeosastohoitajakso tutkimusjakson aikana. Erikoissairaanhoidon käyttö kuvaa sairauden pahenemista, jota ei pystytty hoitamaan asiakkaan normaalisti käyttämien palvelujen piirissä. Iäkkäiden sairaudet on tärkeä diagnosoida ja huolehtia hyvästä hoitotasapainosta peruspalveluissa.

Tutkimuksessa selvitettiin myös virallisen omaishoidon merkitystä siirtymisriskiin. Omaishoidon tuella olevilla iäkkäillä oli kohonnut siirtymäriski. Omaishoidon tuen asiakkaat tunnistettiin kotihoidon asiakaslaskennan avulla. Tieto on poikkileikkaustieto marraskuun lopun tilanteesta. Kotihoidon laskentaan otetaan mukaan myös ne omaishoidon tukea saavat asiakkaat, jotka eivät saa palveluja kotiin. Kotihoidon ja omaishoidon tuen asiakkaiden valtakunnallisten rekisteröintiperiaatteiden vuoksi muu kotihoidon asiakkaana oleminen ei regressiomallissa noussut merkitseväksi tekijäksi. Kuitenkin tehtäessä tarkastusmielessä regressiomalli, jossa omaishoito oli poistettu muuttujalistasta, muuttui kotihoidon laskennassa oleminen tilastollisesti merkitseväksi tekijäksi, joten kyseessä on muuttujien ristikkäisvaikutus.

Kotihoidon tarkempi hoitoisuusluokka-analyysi osoitti, että korkeamman hoitoisuusluokan iäkkäillä on myös useammin omaishoitaja. Korkeimpien hoitoisuusluokkien iäkkäillä on muihin kotihoidon asiakkaisiin verrattuna myös huomattavasti korkeampi riski joutua ympärivuorokautisiin asumispalveluihin. Tämä osoittaa, ettei kotihoidon asiakkaita voida pitää yhteneväisenä ryhmänä, joiden siirtymisriski olisi samankaltainen.

Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirryttiin keskimäärin 85,5 vuoden iässä ja avioliitto madalsi siirtymäriskiä

Altistavista tekijöistä korkeampi ikä nosti merkitsevästi siirtymisriskiä. Avioliitto madalsi siirtymäriskiä merkittävästi. Regressiomallin tulokinnassa tulee huomioda, että kohonnut ikä, avioliitossa oleminen sekä sukupuoli vaikuttavat ristiin, sillä naisten pidemmän elinajanodotteen vuoksi naislesket ovat ylliedustettuina ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyneissä. Muiden muuttujien ristikkäisvaikutuksesta sukupuoli ei noussut mallissa merkittäväksi tekijäksi. Samana vuonna leskeytyminen ei yllättäen vaikuttanut tilastollisesti merkitsevästi siirtymisriskiin.

Korkea sosioekonominen asema yhteydessä alhaisempaan siirtymäriskiin

Mahdollistavista tekijöistä korkeat ansiotulot olivat vielä yli 75-vuotiaillakin yhteydessä alentuneeseen siirtymäriskiin. Suuremmat tulot todennäköisesti liittyvät korkeampaan koulutustasoon ja sosiaaliseen asemaan. Tämä heijastuu alhaisempaan siirtymisriskinä vielä yli 10 vuoden päästä eläkkeelle siirtymisestä.

Keskisuurissa kunnissa riski siirtyä ympärivuorokautiseen hoitoon oli pienempi kuin suurissa kunnissa. Tulos oli mielenkiintoinen, sillä esimerkiksi vuosina 2009–2011 THL:n sairastavuusindeksin yli 50 000 hengen kuntien matalimmat

indeksit olivat suurilla kunnilla (Espoo, Helsinki, Vantaa).²⁷ Syynä voivat olla esim. väestöryhmän erot, vallitseva palvelurakenne tai vaihtelevat hoitokäytännöt. Kysymykseksi jää, voisiko alhaisempi siirtymisriski johtua myös siitä, että keski-suurissa kunnissa ympärivuorokautisia palveluja on tarjolla vähemmän kuin suurissa kunnissa. (Sotkanet.fi-tietokannan²⁸ mukaan 75 vuotta täyttäneiden pitkäikäisten ympärivuorokautisten paikkojen ja 75+ -väestön keskiväkiluvun suhde oli vuonna 2014 suurissa kaupungeissa 8,3 prosenttia ja keskiuurissa kunnissa 7,7 %). Kuuluminen väestöntiheydeltään aineiston matalimpaan kymmenykseen ei vaikuttanut siirtymäriskiin merkittävästi.

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimukseen valikoitui tekijöitä, joiden tiedettiin entuudestaan olevan yhteydessä kohonneeseen ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisriskiin. On kuitenkin hyvä huomata, että siirtymäriskiin voivat vaikuttaa seikat, joita ei tässä tutkimuksessa tarkasteltu joko tutkimuksellisen mielikuvituksen puutteen vuoksi tai siksi että asiasta ei ollut käytössä valtakunnallista rekisteritietoa. Muun muassa tieto asiakkaan kognitiivisesta toimintakyvystä²⁹ ja ylipäänsä toimintakyvystä olisi ollut tärkeä tieto siirtymistä tarkasteltaessa, mutta käytössä ei ollut valtakunnallisiin rekistereihin kirjattua tietoa asiasta. Vaikka asiakkaan toimintakykytietoa ei ollut käytettävissä tutkimuksessa, kotihoidon asiakkaiden osalta toimintakykyä voitiin arvioida hoitoisuusluokkien avulla, sillä toimintakyvyn laskiessa avuntarve lisääntyy ja samalla hoitoisuusluokka nousee.

Tutkimus toi esiin kehittämistarpeen valtakunnallisessa tiedon keräämisen kulttuurissa. Ikääntyneiden asiakkaiden toimintakykytieto olisi tarpeen palvelujen arvioinnissa ja kehittämisessä, mutta meillä ei ole käytössä yhtä toimintakykymitaria, jonka tiedot kirjautuisivat valtakunnallisiin rekistereihin. Samoin omaishoidon tuen asiakkuuksista olisi tarpeen saada nykyistä tarkempaa tietoa. Omaishoidon tuen tietosisältöä tulisi laajentaa kattamaan myös omaisilta epävirallisesti saatava tuki. Omaisten ja muiden läheisten antama epävirallinen hoiva ja tuki jäävät piiloon nykyisin rekisteritutkimuskeinoin, vaikka niillä voi olla ratkaiseva vaikutus kotona pärjäämiseen.

Tuloksia arvioidessa tulee myös huomioida, että tilastomalli antoi siirtymäriskin kullekin muuttujalle, mikäli toiset muuttujat pysyivät vakiona. Malliin sisällytetyt muuttujat kuitenkin vaikuttivat toisiinsa. Joidenkin muuttujien alhaiset siirtymäriskit saattoivat johtua näiden kanssa usein esiintyvien merkittävien riskitekijöiden rinnakkaisvaikutuksesta.

Jatkotutkimusaiheet

Tutkimus osoitti, että omaishoidon tuella olevilla on korkea siirtymäriski ympärivuorokautiseen hoitoon muuttujien ristikkäisvaikutuksista huolimatta. Kunnat myöntävät omaishoidon tukea tiukemmin kriteerein kuin kotihoitoa, mistä voi päätellä, että omaishoidossa olevien toimintakyky on keskimäärin huomattavasti heikompi kuin kotihoidon asiakkaiden. Omaishoidon tuki korvaa usein ympärivuorokautista hoitoa. Omaishoidon tukea saavat kuuluivat keskimäärin korkeampiin hoitoisuusluokkiin kuin tukea saamattomat. Todennäköisesti siirtymäriskiä kasvattaa asiakkaan huono toimintakyky, eikä omaishoito itsessään. Toisaalta on todennäköistä, että muutkin iäkkäät kuin omaishoidon tukea saavat kotihoidon asiakkaat saavat tukea omaisilta, ja suuri osa tuesta on epävirallista. Jatkossa olisi tärkeää selvittää, miten toimintakyky sekä läheisten antama epävirallinen ja virallinen hoiva ja tuki vaikuttavat siirtymäriskiin ja palvelutarpeeseen. Tulevaisuudessa olisi syytä pohtia, miten epävirallisen läheisavun saatavuus tulisi huomioida palvelujärjestelmiä suunniteltaessa. Lisäksi tulisi pohtia, millaisia kannusteita voitaisiin luoda epävirallisen läheisavun roolin kasvattamiseen formaaleja palveluja täydentämään tai tukemaan, ja miten yhteiskunta voisi tukea läheisiään auttavia.

Tässä tutkimuksessa ja tilastoissa näkyvät vain raskasta hoivaa tarvitsevat ikääntyneet. Oletettavaa on, että omaishoitajat pystyvät hoitamaan raskasta hoivaa tarvitsevia iäkkäitä kotonaan pidempään kuin tavallisilla kotihoidon palveluilla olisi mahdollista. Tutkimus paljastaa, että omaishoidossa olevat ikääntyneet poikkeavat huomattavasti keskimääräisistä kotihoidon asiakkaista. Heidän hoidontarpeisiinsa ja siirtymistensä ehkäisyyn olisi tulevaisuudessa kiinnitettävä erityistä huomiota. Jatkossa olisi syytä verrata pelkän kotihoidon varassa olevien ikääntyneiden siirtymäriskiä omaishoidon tuella olevien siirtymäriskiin siten, että erot asiakkaiden toimintakyvyssä olisi vakioitu. Tämä ei ollut tässä tutkimuksessa mahdollista.

Tässä tutkimuksessa ei pystytty selvittämään asiakkaiden ja heidän omaisten kokemuksia palvelujen laadusta. Tutkimuksemme osoitti, että iäkkäiden palvelujärjestelmä ei kaikin osin ole varautunut huomioimaan sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevia ja yksin asuvia. Matala tulotaso ja yksin asuminen lisäsivät riskiä siirtyä ympärivuorokautiseen hoitoon.

Samanlaisiin tuloksiin on päätyneet myös Lina Van Aerschot³⁰, joka on tutkinut väitöskirjassaan Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteyttä avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Van Aerschot tutki väitöskirjassaan, miten paljon henkilökohtaiset resurssit vaikuttivat hoivan järjestämiseen ja ovatko vanhukset taustatekijöistään riippumatta tasa-arvoisessa asemassa hoivaa tarvitessaan. Tutkimus osoitti, että 14 prosenttia tutkituista koki jäävänsä ilman

riittävää apua. Tämä joukko koostui pääosin yksin asuvista, terveydentilaltaan huonokuntoisista naisista. Myös tulotaso oli yhteydessä avun riittämättömyyteen. Pienituloisista noin joka viides kertoi jääneensä ilman riittävää apua, kun parempituloisista vain harvempi kuin joka kymmenes ei saanut tarpeeksi apua. Tiivistetyksi alhaisempi koulutus- ja tulotaso sekä yksin asuminen olivat yhteydessä kokemukseen avun riittämättömyydestä. Van Aerschotin mukaan tutkimus osoitti, että iäkkäiden palvelujärjestelmässä on aukkoja, jotka koskevat nimenomaan pienituloisia ja heikommin koulutettuja ihmisiä. Tämä herättää kysymyksen palvelujärjestelmän kyvystä tarjota riittävää apua ja hoivaa kaikille vanhuksille vai vain niille, joilla on varaa ostaa palveluita. Jatkossa pitäisi selvittää tarkemmin, mikä merkitys omaisten ja läheisten tiedoilla, taidoilla ja varallisuudella on palvelujen hankkimisessa vanhuksille, olivatpa palvelut yksityisiä tai julkisia. Olisikin tärkeää tutkia, onko iäkkäiden ja omaisten kokemuksilla eri palveluista, kuten kotihoidosta, vaikutusta siirtymisriskiin.

Yksin asuvien vanhusten palvelutarpeiden kartoittaminen on tärkeää. Yhden hengen talouksien määrä lisääntyy koko ajan Suomessa. Vuoden 2017 lopulla oli 2 680 000 asutokuntaa, joista yhden henkilön asutokuntia oli 1 162 000 eli 43 prosenttia. Vielä vuonna 1970 asutokunnan keskikoko oli kolme henkilöä, mutta vuonna 2017 keskikoko oli 2,01 henkilöä. Nykyisin on yleisempää asua yksin kuin kahdestaan. Suomessa on yhä enemmän yksin asuvia vanhuksia. 75 vuotta täyttäneistä yli 220 000 asuu yksin. Vuonna 2005 yksin asuvia vanhuksia oli vajaa 180 000. Yksin asuvien vanhusten määrä ja heidän palvelutarpeensa on huomiotava entistä paremmin palveluja kehitettäessä.³¹

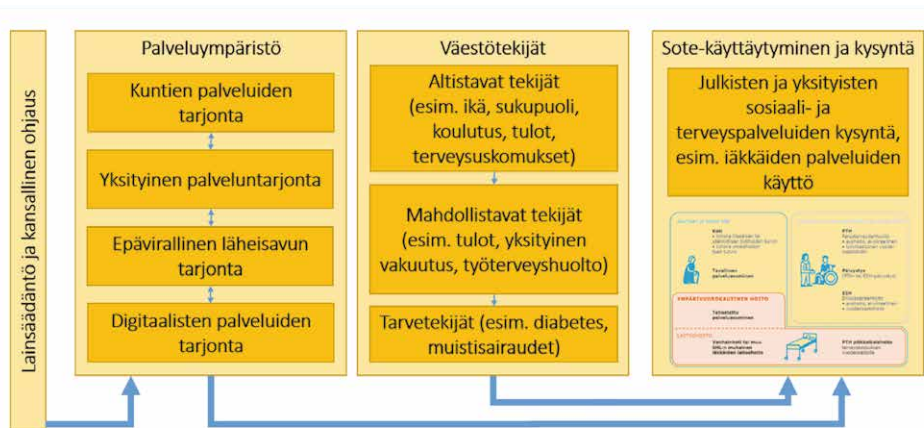
Muina jatkotutkimusaiheina tutkimuksessa nousivat esille muun muassa yksittäisten syöpäsairauksien vaikutus siirtymäriskiin sekä se, miten lonkkamurtuma on yhteydessä siirtymäriskiin. Lonkkamurtuma on usein seurausta haurastumisesta. Jatkotutkimusta kaipaa myös erilaisten lonkkamurtumien vaikutus siirtymiseen ympärivuorokautiseen hoitoon. Tapahtuvatko lonkkamurtumat pääosin hauraille vanhuksille kotioloissa vai esimerkiksi ulkona liikkuville ja aktiivisille ikääntyneille? Lisäselvityksen aihe on myös se, miten tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon paikkojen suhde iäkkäiden määrään vaikuttaa siirtymisriskiin.

Uusi kehikko sote-palvelujen käytön ja kustannusten jäsentämiseen ja tutkimiseen

Tässä tutkimuksessa, kuten kaikissa ELSE-projektin osatutkimuksissa, on pyritty hahmottamaan erilaisia iäkkäiden palvelunkäyttöön vaikuttavia tekijöitä. Palveluntarpeeseen liittyvät useat osatekijät ja erilaisten palveluntarjoajien verkosto

muodostavat yhdessä laajan ja monimutkaisen järjestelmän. Kysyntään vaikuttavat tarjonta, jota ohjaa lainsäädäntö, muu kansallinen ohjaus ja kunnan poliittiset päätökset. Väestötekijät vaikuttavat yksilöiden valintoihin.

Hyödynsimme tässä tutkimuksessa ns. Andersenin mallia luokitellessamme ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymiseen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksemme myötä havaitsimme, että meillä on kansallisesti tarvetta tutkimukselliseen uudelleenajatteluun yhteiskunnan ja palvelujen käytön yhteyksien hahmottamiseksi. Muun muassa epävirallisen läheisavun saaminen on eittämättä vaikuttamassa palvelujen kysyntään, mutta sitä ei nykyisellään juurikaan huomioida pohdittaessa ja tutkittaessa eri palvelujen käyttöä. Myös digitaalisten palvelujen tarjonta on kasvattanut siinä määrin rooliaan korvaavina palvelumuotoina, että niiden merkitys on syytä huomioida arvioitaessa kansalaisten sote-käyttäytymistä ja palvelujen kysyntää. Tutkimuksen johtopäätöksenä koko järjestelmä on pyritty pelkistetyksi esittämään kuviossa 13.



Kuvio 13. Päivitetty palvelunkäytön mekanismien malli.

Tässä tutkimuksessa tarkastelimme ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskiä, mutta koko ELSE-projektimme kantavana teemana on ollut mallintaa ja tutkia pirstaleista iäkkäiden palvelujärjestelmää systeemisenä kokonaisuutena. Kuvion 13 viimeisessä laatikossa on kuvattu kunnan järjestämät iäkkäiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut systeemisenä kokonaisuutena siltä osin kuin niistä on nykyisellään saatavissa valtakunnallista rekisteritietoa. Focus Localiksen julkaisussa Iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuserot: palveluiden käyttö ja tuottavuus selittävinä tekijöinä³² olemme esitelleet laskentamenetelmän, jolla pystytään kuvaamaan sitä, miltä osin kuntien iäkkäiden palvelujen kustannusero

johtuu palvelutuotannon tehokkuuseroista ja miltä osin tuotettujen palvelujen määrästä.

Tämä tutkimus ja tutkimusprojektimme muut tutkimukset ovat osoittaneet, miten iäkkäiden palveluja pitää tarkastella sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutena, jotta pystymme selvittämään eri palvelujen käytön ja kustannusten kertymisen sekä paikantamaan ne kohdat palveluissa, joita kehittämällä voitaisiin parantaa palvelujärjestelmän toimivuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevia laatusuosituksia useina eri vuosina. Suosituksia on kritisoitu siitä, että ne jättävät huomiotta terveyskeskuksen avopalvelut ja erikoissairaanhoidon³³, vaikka ikäihmiset ovat erittäin suuri näiden palvelujen käyttäjäryhmä. Tässäkin tutkimuksessa kävi ilmi, että 70 prosenttia tutkittavista oli käynyt erikoissairaanhoidon päivystyksessä ja 42 prosenttia tutkittavista oli ollut erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa. Enemmistöllä oli siis ollut tarvetta ja kontakti erikoissairaanhoidon palveluihin. Erikoissairaanhoidon asiakkailta oli myös kaksinkertainen siirtymäriski ympärivuorokautiseen hoitoon. Olemme tämän projektin tutkimuksessa Kuolemaa edeltävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö ja kustannukset – esimerkkinä suuret kaupungit myös havainneet, että suurten kaupunkien iäkkäiden yleisin kuolinpaikka oli terveyskeskuksen (33 %) tai erikoissairaanhoidon (24 %) vuodeosasto. Siirtymää erityisesti kotoa perusterveydenhuollon vuodeosastolle tapahtui runsaasti viimeisen elinkuukauden aikana. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä päivystyksen kustannukset kasvoivat nopeasti kolmen viimeisen elinkuukauden aikana.

Terveydenhuollon palvelut ovat nykyisellään keskeinen osa vanhuspalveluja, vaikka usein katse vanhuspalveluja tarkasteltaessa on kohdistunut sosiaalipalveluihin ja perusterveydenhuollon pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Siirtymät sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä ovat nykyisellään varsin polveilevia. Siirtymissä on riskinsä palveluketjujen katkeamiseen, jolloin suurimmat laatupuutteet osuvat eri palveluiden rajapinnoille ja siirtymiin³⁴.

Jatkossa olisikin tärkeää selvittää tarkemmin, millaisissa tilanteissa iäkkäät esimerkiksi joutuvat erikoissairaanhoidon ja miten riskiä voitaisiin ennaltaehkäistä tunnistamalla riskissä olevat iäkkäät ennen riskin toteutumista. Myös jokaisen vanhuksen omaan terveydentilaan liittyviä muutoksia on mahdollista ennakoida ja välttää päivystyskäyntien tarvetta. Tämä lisäisi asiakaslähtöisyyttä ja palvelujen laatua.



6

Tulosten käytännön hyödyntäminen

Tulosten hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä

Vanhustenhuollon palvelurakenteen kehittämisen tavoitteena on ollut mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään ja myöhentää siirtymistä ympärivuorokautiseen hoitoon, käytännössä tehostettuun palveluasumiseen. Tavoitteen perusteluna ovat sekä inhimilliset ja elämän laatuun liittyvät seikat että taloudelliset näkökohdat.

Tässä tutkimuksessa ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskiä lisäsivät ennen kaikkea sairaudet ja sairastamiseen liittyvä päivystys- ja erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon käyttö. Sairauksien oikea-aikainen diagnosointi ja asianmukainen hoito estävät tai ainakin hidastavat niiden etenemistä ja toimintakyvyn heikkenemistä. Vanhusväestön hoitoon olisi siis keskeisen tärkeää osoittaa riittävät lääkäriresurssit ja hyödyntää erityisesti geriatrien asiantuntemusta sekä kehittää hoitohenkilökunnan geriatriasta osaamista.

Muistisairaudet ovat tavallisin syy ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymiselle. Niiden toteaminen ajoissa, asianmukaisen lääkehoidon aloittaminen ja toimintakyvyn tukeminen voivat myöhentää ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä. Terveystuollon asiantuntijoiden kykyä ja osaamista tunnistaa muistisairaudet tulisi kehittää. Varhaisen diagnosoinnin merkitys korostui Alzheimer Europe -tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin muistisairauksien diagnosointia ja diagnoosin jälkeistä tukea läheisten näkökulmasta. Lähes puolet kyselyyn vastanneista ajatteli, että diagnoosista olisi ollut enemmän hyötyä, jos se olisi tehty aiemmin. Suomesta kyselyyn vastasi 363 muistisairaana läheistä vuonna 2017. Muistisairauksien diagnosointi kestää keskimäärin kaksi vuotta ensimmäisten oireiden havaitsemisen jälkeen. Suurimpia esteitä riittävän varhaiselle diagnoosille on läheisten mukaan se, ettei muististaan huolestunut oteta riittävän vakavasti alkuvaiheessa ja ettei tutkimuksiin haluta hakeutua. Lisäksi esteinä nähtiin tiedon puute muistisairauksista ja terveydenhuoltojärjestelmän viivästyksset. Tieto ja oikeat asenteet ovat tutkimuksen mukaan avainasemassa diagnoosien oikea-aikaisuudessa. Tutkimuksiin hakeudutaan nopeammin, kun muistisairauksista tiedetään enemmän ja tunnistetaan hoidon ja tuen hyödyt³⁵. Muistisairauden riskiä voidaan osin ehkäistä aivoterveyttä edistämällä. Suurempi kansallinen valistus aiheesta on tarpeen.

Palvelurakenteen uudistamisen nykyistä kotihoitopainotteisemmaksi on todettu ontuvan muistisairaiden osalta. Vuoden 2015 muistibarometrin³⁶ mukaan ilta-, yö- ja viikonloppuhoidon puute on kunnissa vielä ilmeistä. Näiden palvelujen puute lisää päivystys- ja sairaalapalveluiden kysyntää. Vanhuksen kotona pärjäämisen tukemisessa tarvitaan moniammatillista tiimityötä ja yhteistyötä vanhuksen itsensä ja omaisten kanssa.

Tutkimuksemme osoitti, ettei kotihoidon asiakkaita voida pitää yhteneväisenä ryhmänä, joiden siirtymisriski olisi samankaltainen. Jatkossa onkin pohdittava, miten kotihoitoa ja toisaalta muuta palvelujärjestelmää voidaan kehittää niin, että erilaisen toimintakyvyn omaavien iäkkäiden tarpeet huomioidaan kattavasti, yksilöllisesti ja samalla kustannusvaikuttavasti.

Päätyminen päivystykseen ja sairaalahoitoon voi myös heikentää iäkkään toimintakykyä, koska se merkitsee pitkittynyttä liikkumattomuutta. Tilan heikkenemistä voivat aiheuttaa myös potilaan sitova valvonta, muu rajoittaminen, lääkitys ja vajaa ravitsemus. Akuutin sairastumisen vuoksi sairaalaan joutuneista yli 70-vuotiaista potilaista noin joka kolmannelle ilmaantuu jokin uusi toimintakyvyn puutos³⁷. Iäkkäät ovat myös diagnostisesti haastava joukko. Huonosti valittu hoito on kallista ja etenkin pitkäaikaista laitoshoidoa pitäisi välttää viimeiseen asti, mutta juuri geriatriset päivystyspotilaat ovat kaikkein suurimmassa vaarassa päätyä sine³⁸.

Riskivanhukset olisikin tunnistettava ja ohjattava moniammatilliseen, geriatriseen yksikköön kuntoutusta varten ja kuntoutuksen ensisijainen tavoite tulisi olla potilaan palaaminen kotioloihinsa mahdollisimman nopeasti³⁹. Meta-analyysit osoittavat kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin lisäävän merkittävästi potilaiden kotiutumismahdollisuuksia. Harvasta lääkkeettömästä hoitomuodosta on niin vahvaa tutkimusnäyttöä kuin kokonaisvaltaisesta geriatrisesta arvioinnista⁴⁰.

Ikääntyneen ESH-vuodeosastojakson jälkeiseen aikaan tulisi kiinnittää erityistä huomiota, koska kuntoutuksen onnistuminen sairaalahoidon akuutin vaiheen jälkeen vaikuttaa suuresti hoidon tuloksellisuuteen. ESH-vuodeosastohoidossa olevan iäkkään hoidon- ja palvelutarve tulee kartoittaa tarkasti, jotta toimintakyky ja kotiin kuntoutumista voidaan tukea mahdollisimman vaikuttavasti mahdollisimman varhain. Aiemmin on osoitettu, että oikeanlaisilla interventioilla voidaan tukea potilaiden kotona pärjäämistä ja toisaalta kotiutumista sairaalahoidosta takaisin kotiin.⁴¹ Eri kuntien tai alueiden hyviä käytäntöjä tulisi selvittää ja parhaita käytäntöjä jalkauttaa kansallisesti eri alueille.

Tutkimuksessa huomattiin ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyvän väestöosuuden vaihtelevan kunnittain. Ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymiset aiheutuvat pitkällä aikavälillä kunnille merkittävää kustannusten kertymistä. Kuntien kannattaisi tulevaisuudessa tunnistaa siirtymisriskit ja suunnitella lisäpalveluita tai hoitokokonaisuuksia siirtymäriskin pienentämiseksi. Kuntien palvelujen ja hoitoketjujen suunnittelussa korkeimpien riskiryhmien ikääntyneet tulisi huomioida omana segmenttinään.

ELSE-projektin tulosten hyödyntäminen tiedolla johtamisessa

ELSE-projektissa on hyödynnetty valtakunnallisia rekisteriaineistoja ikääntyneiden alueellisten palvelujärjestelmien analysoinnin tukena. Projektissa on pystytty tutkimaan laajalti erilaisten potilasryhmien palvelunkäytön sekä eri palvelumuotojen järjestämisen alueellisia eroja.

Projektin tulokset ovat hyödyllisiä erilaisten ennalta ehkäisevien interventioiden kustannusvaikuttavuutta arvioitaessa. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella tiedetään, että lonkkamurtuma 2,5-kertaistaa riskin joutua ympärivuorokautiseen hoitoon. Tiedon avulla voidaan perustella lonkkamurtumia vähentävien interventioiden taloudellista merkitystä. Myös artikkelissamme Muistisairaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja kustannukset osoitimme, että on mahdollista tarkastella kunnittain ja alueittain muistisairauden ilmaantuvuutta (sairauden diagnosointia tai lääkityksen aloittamista) ja muistisairaahan siirtymistä ajan myötä hoidon portaalta toiselle. Vastaava selvitys on tehty eteisvärinäpotilaiden sote-palvelujen käytöstä komplikaation jälkeen. Oheissairauksien hoitamiseen ja riskialttiiden elämäntapojen korjaamiseen tähtäävät toimenpiteet pystytään perustelemaan kustannustehokkaiksi projektissa käytetyillä analyysimenetelmillä.

Tutkimuksissa ilmeni, että kuntien palvelujärjestelmien välillä on merkittäviä tuottavuuseroja. Erot olivat huomattavia niin kuolevien kustannusten, muistisairaiden palveluiden käytön kuin ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistenkin osalta. Myös raskaampiin palveluihin siirtyminen kertoo palvelujärjestelmän tehokkuudesta – seuraamalla siirtymiä raskaampiin palveluihin pystytään tarkastelemaan paitsi kustannustehokkuutta myös palvelujärjestelmän vaikuttavuutta eli kykyä ehkäistä toimintakyvyn alenemaa.

Alueellista rekisteriaineistoanalyysiä tehdessä on tärkeää tarkastella koko palvelujärjestelmää. Tarkasteltaessa vain palvelujärjestelmän osaa ei voida huomioida koko palvelunkäyttöä. Kustannusten näkökulmasta tulee huomioida, että sosiaa-

lihuollon palvelujen kustannusten osuus sote-kokonaiskustannuksista on erittäin suuri. Kunnalliset palvelut myös tukevat toisiaan, jolloin jonkin palvelumuodon korkea käyttö saattaa näkyä toisen palvelun alhaisempana käyttönä. Esimerkiksi Vaasassa tehdyssä alueellisessa ikääntyneiden sote-interventiossa⁴² vahvistamalla perustason palveluita ja tarjoamalla tiettyjä erikoistason palveluita jo perustasolla pystyttiin vähentämään erikoistason sairaalahoitoa merkittävästi.

Tässä hankkeessa pystyttiin ensimmäistä kertaa yhdistämään laajaa sote-tarkastelua varten THL:n Kela:n, Väestörekisterikeskuksen, Tilastokeskuksen ja Verohallinnon tietoja rekisteripohjaisen kokonaiskuvan muodostamiseksi. Yhdistetyn rekisteriaineiston hyödyt verrattuna vain yhden rekisterinpitäjän tietoihin ovat ilmeiset, ja tulevaisuudessa tutkimushankkeen tutkimustietokannan kaltaisilla järjestelmillä pystyttäisiin kohtuullisen tarkasti kuvaamaan koko potilaan palvelupolku ja arvioimaan annettujen palvelujen kustannuksia, tuottavuutta, laatua ja vaikuttavuutta. Tällä hetkellä tietojen yhdistäminen on kuitenkin raskas prosessi, joka vaatii merkittävästi resursseja. Tulevaisuudessa tulisi etenkin valmisteilla olevan ns. toisiokäyttölain suunnittelussa selvittää, miten vastaavan kaltaisia tietoa-aineistoja pystyttäisiin saamaan sujuvammin tutkimuskäyttöön ja päätöksenteon tueksi.

Rekisteriaineistoissa on joitain merkittäviä kehitystarpeita tulevaisuutta ajatellen. Kotihoidon asiakaslaskennan tieto on huomattavasti epätarkempaa kuin muiden hoitorekisterien. Tällä hetkellä tieto ei sovellu käytettäväksi esimerkiksi kuoleman läheisyydessä tapahtuvan palvelutarjonnan tarkasteluun. Lisäksi huomattava määrä omaishoidosta on epävirallista, eikä näy rekistereissä. Myöskään kolmannen sektorin palveluntarjonnasta ei ole valtakunnallista tietoa. Tulisikin miettiä, miten näitä epävirallisia tukimuotoja pystyttäisiin mittaamaan valtakunnallisesti. Tulevaisuudessa olisi erityisen tarpeellista liittää laatumittareita valtakunnallisiin sote-rekistereihin. Tällöin pystytään paremmin mittaamaan tuottavuuden lisäksi vaikuttavuutta. Erityisesti toimintakykymittaristoa tulisi kerätä rutiininomaisesti.

Eräs tiedolla johtamiseen liittyvä näkökulma liittyy kirjoitushetkellä eduskunnan käsiteltävänä olevaan sote- ja maakuntauudistukseen. Uudistuksen jälkeen maakuntien tuloksellisuutta seurataan valtion toimesta erityisen tarkasti ja esimerkiksi sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen mietinnön⁴³ mukaan THL:llä, STM:llä ja VM:llä on lakiin perustuva velvollisuus seurata maakuntien toimintaa ja taloutta. Samoin valtiolla on velvollisuus myöntää maakunnalle lisärahoitusta, jos rahoituksen taso muutoin vaarantaisi riittävien sote-palvelujen turvaamisen. Palvelujen riittävyyttä kuvaavia mittareista on pula. Kohonnut siirtymäriski tietyllä alueella voi viitata maakunnan epäonnistumiseen peruspalvelujen tuottamisessa.

Maakunnilla on luonnollisesti velvollisuus seurata käyttämiensä tuottajien laatua. Jos esimerkiksi havaitaan, että tietyn kotihoidon tai sote-keskuksen tuottajien asiakkailla on kohonnut riski siirtyä ympärivuorokautiseen hoitoon, asiaan voidaan tutustua tarkemmin ja tarvittaessa puuttua siihen. Valinnanvapauslakiluonnoksen mukaan palveluntuottajia voidaan myös palkita hyvästä vaikuttavuudesta, mitä voitaisiin todentaa esimerkiksi siirtymäriskin avulla. Yhdistämällä aiemmassa tutkimusraportissa Hoidon vaikuttavuuden ja sote-palveluiden käytön alueellinen vertaileminen⁴⁴ kehitettyjä mittareita siirtymäriskitarkasteluun voitaisiin löytää luotettavia indikaattoreita palveluntuottajien laadun ja vaikuttavuuden vertailemiseksi.

Lähteet

Van Aerschot, L. 2014. Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus, sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön.

Agüero-Torres, H., von Strauss, E., Viitanen, M., Winblad, B., & Fratiglioni, L. 2001. Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of clinical epidemiology*, 54(8), 795-801.

Andersen, R. M. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*, 1-10.

Antikainen, R. (2012). Vanhusten saumattomat hoitoketjut. Julkaisussa Kohti parempaa vanhuutta. Konsensuskokous 2012. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemian.

Brodsky, H., McGilchrist, C., Harris, L., & Peters, K. E. 1993. Time until institutionalization and death in patients with dementia: role of caregiver training and risk factors. *Archives of neurology*, 50(6), 643-650.

Carrière, Y., & Pelletier, L. 1995. Factors underlying the institutionalization of elderly persons in Canada. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50(3), S164-S172.

Deimling, G. T., & Poulshock, S. W. 1985. The transition from family in-home care to institutional care: Focus on health and attitudinal issues as predisposing factors. *Research on Aging*, 7(4), 563-576.

Einiö, E. 2010. Determinants of institutional care at older ages in Finland. *Finnish Yearbook of Population Research*, 45.

Ekblad, L. L., Rinne, J. O., Puukka, P. J., Laine, H. K., Ahtiluoto, S. E., Sulkava, R. O., ... & Jula, A. M. 2015. Insulin resistance is associated with poorer verbal fluency performance in women. *Diabetologia*, 58(11), 2545-2553.

Finne-Soveri, H. 2012. Vanhenemiseen varautuva kaupunki: esimerkkinä Helsinki. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)*.

Finne-Soveri, H., Kuusterä, K., Tamminen, A., Heimonen, S., Lehtonen, O., Noro, A. 2015. Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. THL.

Fransen, M., Woodward, M., Norton, R., Robinson, E., Butler, M. and Campbell, A. J. 2002. Excess Mortality or Institutionalization After Hip Fracture: Men Are at Greater Risk Than Women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50: 685-690.

Gaugler, J. E., Edwards, A. B., Femia, E. E., Zarit, S. H., Stephens, M. A. P., Townsend, A., & Greene, R. 2000. Predictors of institutionalization of cognitively impaired elders: Family help and the timing of placement. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(4), P247-P255.

Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A., & Kane, R. L. 2007. Predicting nursing home admission in the US: a meta-analysis. *BMC geriatrics*, 7(1), 13.

Halminen, O. 2016. Kuolevien kustannukset Suomessa – ikääntyvän väestön sosiaali- ja terveydenhuoltokustannukset kuoleman läheystyessä. Aalto-yliopisto.

Halminen, O., Mikkola, T. & Koivuranta, P. 2019. Kuolemaa edeltävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö ja kustannukset - esimerkkinä suuret kaupungit. Kuntaliiton ELSE-julkaisusarja nro 10.

Heyman, A., Wilkinson, W. E., Hurwitz, B. J., Helms, M. J., Haynes, C. S., Utley, C. M., & Gwyther, L. P. 1987. Early onset Alzheimer's disease: Clinical predictors of institutionalization and death. *Neurology*, 37(6), 980-980.

Hussi, E. Mäkineniemi, E. & Vauramo, E. 2017. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. Kunnallissalan kehittämissäätö.

Ikähoiva -työryhmä, 2011. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden – Ikähoiva-työryhmän muistio. Helsinki.Laininen, P. 2000. Tilastollisen analyysin perusteet. Otatieto.

Johansson, T., Viikari, P., Viikari, L., Salminen, M., Koskela, K., Mäkelä, R. & Viitanen, M. 2018. Ympäriavuorokautisen hoidon odottaminen tulee kalliiksi. *Suomen Lääkärilehti* 20, 1302-1304.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012).

Laukkanen, J. 2016. The Constraints in the Generatic Patient Flow in Multi-Tier Healthcare Organizations. Diplomityö, Aalto-yliopisto.

Laurila, J. 2011. Riittävätkö taidot vanhuksen päivystystilanteessa? *Suomen lääkirilehti* 40/2011, 66, 2907.

Lehto, Juhani. Vanhuspalvelut sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän muutoksessa. Esitys Konsensuskokouksessa, Hanasaaressa Espoossa 6.2.2012

Lillrank, P., Groop, J., & Malmström, T. 2010. Demand and Supply-Based Operating Modes - A Framework for Analyzing Health Care Service Production. *Milbank Quarterly*, 88(4), 595–615.

Lillrank, P., & Venesmaa, J. 2010. Terveystenhuollon alueellinen palvelujärjestelmä. Helsinki: Talentum.

Linna, M., Mikkola, T., Peltokorpi, A., & Tyni, T. 2016. Rekistereistä tietoa vanhuspalvelujen johtamiseen? Ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön arviointi rekisteriaineistoja hyödyntämällä. Kuntaliiton ELSE-julkaisusarja.

Linna, M., Mikkola, T., Malmström, T., & Tyni, T. 2017. Iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuserot: palveluiden käyttö ja tuottavuus selittävinä tekijöinä. *Focus localis* 45 (2017): 3.

Linna, M., Hörhammer, I., Silander, K., Mikkola, T., Koivuranta, P., & Tyni, T. 2019. Hoidon vaikuttavuuden ja sote-palveluiden käytön alueellinen vertaileminen. Kuntaliiton ELSE-julkaisusarja.

- Lo Sasso, A. T., & Johnson, R. W. 2002. Does informal care from adult children reduce nursing home admissions for the elderly?. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 39(3), 279-297.
- Luppa, M., Luck, T., Matschinger, H., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. 2010. Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission-results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *BMC Health Services Research*, 10(1), 186.
- Martikainen, P., Moustgaard, H., Murphy, M., Einiö, E. K., Koskinen, S., Martelin, T., & Noro, A. 2009. Gender, living arrangements, and social circumstances as determinants of entry into and exit from long-term institutional care at older ages: a 6-year follow-up study of older Finns. *The Gerontologist*, 49(1), 34-45.
- Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Steinberg, G., Shulman, E., Mackell, J. A., Ambinder, A., & Cohen, J. 1993. An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients: treatment of spouse-caregivers. *The Gerontologist*, 33(6), 730-740.
- Mix, T. C. H., Peter, W. L. S., Ebben, J., Xue, J., Pereira, B. J., Kausz, A. T., & Collins, A. J. 2003. Hospitalization during advancing chronic kidney disease. *American journal of kidney diseases*, 42(5), 972-981.
- Nihtilä, E., & Martikainen, P. 2008. Institutionalization of older adults after the death of a spouse. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1228-1234.
- Nuutinen, M., Leskelä, R. L., Suojalehto, E., Tirronen, A., & Komssi, V. 2017. Development and validation of classifiers and variable subsets for predicting nursing home admission. *BMC medical informatics and decision making*, 17(1), 39.
- Pitkälä, K. & Tilvis, R. 2012. Geriatriinen asiantuntemus vähentää vanhusten avuntarvetta. *Suomen Lääkärilehti* 8/2012: 67, 564.
- Pruchno, R. A., Michaels, J. E., & Potashnik, S. L. 1990. Predictors of institutionalization among Alzheimer disease victims with caregiving spouses. *Journal of Gerontology*, 45(6), S259-S266.
- Rosenvall, A., Rättö, H., Finne-Soveri, H., Häkkinen, U., Juntunen, M., Järvelin, J., Linnosmaa, I., Noro, A., Kuronen, M., Malmivaara, A., 2015. Neljän vuoden seurantatutkimus helsinkiläisistä ja espoolaisista muistisairaista. *Suomen Lääkärilehti* 37, 2332-2339.
- Sipilä, P., Parikka, S., Härkänen, T., Juntunen, T., Koskela, T., Martelin, T., & Koskinen, S. 2014. Kuntien väliset erot sairastavuudessa: THL:n sairastavuusindeksin tuloksia.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. *Julkaisu (STM): 2013:11*
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020 Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10.
- Strandberg, T., & Valvanne, J. 2012. Riskivanhukset tulisi tunnistaa paremmin. *Suomen Lääkärilehti* 3/2012: 67, 132.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. 2002. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic

review and meta-regression analysis. *Jama*, 287(8), 1022-1028.

Sturm, J. W., Donnan, G. A., Dewey, H. M., Macdonell, R. A., Gilligan, A. K., Srikanth, V., & Thrift, A. G. 2004. Quality of life after stroke. *Stroke*, 35(10), 2340-2345.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2018. Valiokunnan mietintöluonnos HE 15/2017 vp, HE 57/2017 vp, HE 71/2017 vp, HE 15/2018 vp

Suomen virallinen tilasto (SVT): Asunnot ja asuinolot [verkkójulkaisu]. ISSN=1798-6745. Yleiskatsaus 2017, 2. Asuntokunnat ja asuinolot 2017. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 18.1.2019]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/asas/2017/01/asas_2017_01_2018-10-10_kat_002_fi.html

THL. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa. Laatuseloste. Verkkosivu: <https://thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/laatuselosteet/muistisairaat-asiakkaat-sosiaali-ja-terveyspalveluissa>, vierailtu 16.1.2018.

THL. Sosiaali- ja terveystieteiden ennakoitu kehitys Suomessa. Verkkosivu: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uutiskirje/2018/sosiaali-ja-terveysmenojen-ennakoitu-kehitys-suomessa>, vierailtu 18.1.2019.

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi, THL.

Vaalavuo, M., Häkkinen, U., & Fredriksson, S. 2013. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarve-tekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti: 2013.

Woods, B., Arosio, F., Diaz, A., Gove, D., Holmerová, I., Kinnaird, L., ... & Salmi, A. 2019. Timely diagnosis of dementia? Family carers' experiences in 5 European countries. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(1), 114-121.

Wu, C. Y., Hu, H. Y., Huang, N., Fang, Y. T., Chou, Y. J., & Li, C. P. 2014. Determinants of long-term care services among the elderly: a population-based study in Taiwan. *PloS one*, 9(2).

Viitteet

- 1 THL, 2019.
- 2 Ikähoiva -työryhmä, 2011.
- 3 Halminen, 2016; Halminen, Koivuranta & Mikkola 2019.
- 4 Andersen, 1995.
- 5 Wu et al., 2014.
- 6 Vaalavuo et al., 2013.
- 7 Heyman et al., 1987, Brodaty et al., 1993.
- 8 Agüero et al., 2001, Luppä et al., 2010.
- 9 Carrière et al., 1995, Luppä et al., 2010.
- 10 Nihtilä & Martikainen, 2008.
- 11 Fransen et al., 2002.
- 12 Martikainen, 2009.
- 13 Carrière et al., 1995.
- 14 Greene et al., 1990.
- 15 Mittelman et al., 1993.
- 16 Rosenvall et al., 2015.
- 17 Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012
- 18 Luppä et al. 2010, Fransen et al. 2002, Einiö, 2010.
- 19 Ekblad, 2015, Einiö, 2010.
- 20 Wu et al., 2014.
- 21 Linna et al, 2016.
- 22 Lillrank & Venesmaa, 2010.
- 23 Mix et al., 2013.
- 24 Laininen, 2000.
- 25 Martikainen et al., 2009.
- 26 Agüero-Torres et al., 2001, Luppä et al., 2010.
- 27 Sipilä et al., 2014.
- 28 Sotkanet.fi, 2019.
- 29 Gaugler et al., 2007, Nuutinen et al., 2017.
- 30 Van Aerschot, 2014.
- 31 Suomen virallinen tilasto, 2019.
- 32 Linna et al., 2017.
- 33 Lehto, J. 2012.
- 34 Ikähoiva-työryhmä, 2011.
- 35 Woods et al., 2019.
- 36 Finne-Soveri et al, 2015.
- 37 Antikainen, 2012, Strandberg & Valvanne, 2012.
- 38 Laurila, 2011.
- 39 Strandberg & Valvanne, 2012.
- 40 Pitkälä & Tilvis, 2012.
- 41 Laukkanen, 2016.
- 42 Laukkanen, 2016.
- 43 Sosiaali- ja terveysvaliokunta, 2018.
- 44 Linna et al., 2019.

Liite 1. Tutkimusotoksen kuvaus

Liitetaulukko 1. Tutkimuksen muuttujat ja näiden yleisyys

Muuttuja	Kyllä/Ei	Yleisyys
Altistavat tekijät		
Sukupuoli Nainen Mies		142 667 82 779
Ikä yli 85 vuotta	Ei Kyllä	174 014 51 432
Avioliitossa	Ei Kyllä	141 179 84 267
Leskeytynyt 2011–2013	Ei Kyllä	209 953 15 493
Eronnut 2011–2013	Ei Kyllä	225 082 364
Mahdollistavat tekijät		
Ansiotulot – ylin desilli	Ei Kyllä	202 777 22 669
Pääomatulot – ylin desilli	Ei Kyllä	202 775 22 671
Kunnan väestötiheys alimmassa kymmenyksessä	Ei Kyllä	210 489 14 957
Keskisuuri kunta	Ei Kyllä	159 378 66 068
Tarvetekijät		
Muistisairaus	Ei Kyllä	201 215 24 231
Sepelvaltimotauti	Ei Kyllä	192 547 32 899
Aivoverisuonisairaus	Ei Kyllä	207 780 17 666
Syöpäsairaus	Ei Kyllä	194 731 30 715
Keuukohtaumatauti	Ei Kyllä	219 258 6 188
Tyyppin II Diabetes	Ei Kyllä	195 746 29 700
Krooninen munuaissairaus	Ei Kyllä	221 212 4 234
Lonkkamurtuma	Ei Kyllä	220 707 4 739
Päivystyskäynti vuonna 2013	Ei Kyllä	66 799 158 647
ESH-vuodeosastojakso vuonna 2013	Ei Kyllä	130 890 94 556
Kotihoidon laskennassa 2013	Ei Kyllä	193 576 31 870
Omaishoidon tuki 2013	Ei Kyllä	219 405 6 041

Tiivistelmä

Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtyminen on yksilölle merkittävä elämänmuutos, joka linkittyy lisääntyneeseen palveluntarpeeseen sekä kohonneisiin sote-kustannuksiin. Tarkastelemme tässä tutkimuksessa iäkkäiden ihmisten ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymiseen vaikuttavia tekijöitä niin kutsutun Andersenin mallin mukaisesti. Tutkimme, mitkä altistavat, mahdollistavat ja tarvetekijät liittyvät kohonneeseen ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskiin.

Aineisto

Tutkimusaineisto kerättiin Kuntaliiton ja Aalto-yliopiston yhteisessä tutkimushankkeessa, joka on osa Kuntaliiton projektia Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus (Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing ELSE). Vuonna 2014 käynnistyneen rekisteriperusteisen tutkimushankkeen päätavoitteena on tutkia ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksia sekä kunnittaisia eroja palveluiden käytössä. Ikääntyneellä väestöllä ja iäkkäillä ihmisillä tarkoitetaan tutkimushankkeessa 75 vuotta täyttäneitä. Tämän hankkeen osatutkimuksen tiedot on kerätty 37 eri kunnan asukkaista ja tutkimusaineistossa on 225 446 henkilöä. Tietokanta sisälsi vuosilta 2013–2014 otoskuntien kaikkien vuonna 1939 tai aiemmin syntyneiden tiedot sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä.

Tulokset

Altistavista tekijöistä korkeampi ikä nosti merkitsevästi siirtymisriskiä. Avioliitto madalsi siirtymäriskiä merkittävästi. Mahdollistavista tekijöistä korkeat ansiotulot linkittyivät vielä yli 75-vuotiaillakin alentuneeseen siirtymäriskiin. Keskisuurissa kunnissa siirtymisriski ympärivuorokautiseen hoitoon oli pienempi kuin suurissa kunnissa. Tarvetekijöistä seuranta-aikana hoitorekisteriin kirjattu muistisairaus linkittyi odotetusti kohonneeseen siirtymisriskiin. Tämä on luonnollista, sillä tauti on tunnetusti yleisin siirtymiseen liittyvä tekijä. Myös lonkkamurtumadiagnosi liittyi odotetusti korkeampaan ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisriskiin todella korkein kertoimin. Erikoissairaanhoidon vuodeosastojakso syystä riippumatta viittasi lähes kaksinkertaiseen siirtymäriskiin. Myös päivystyskäynti kaksinkertaisti siirtymäriskin.

Tutkimuksessa tehtiin myös erillisanalyysi kotihoidon eri hoitoisuusluokkien välisistä eroista. Luokkien välillä oli merkittäviä eroja siirtymäriskissä. Analyysin pe-

rusteella omaishoidon tuen piirissä olevat ikääntyneet poikkeavat huomattavasti keskimääräisistä kotihoidon asiakkaista. Heidän hoidontarpeensa ja siirtymisen ehkäiseminen tulisi jatkossa ottaa paremmin huomioon.

Johtopäätökset

Tutkimuksessa huomattiin ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyvän väestöosuuden vaihtelevan kunnittain. Ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymiset aiheuttavat pitkällä aikavälillä kunnille merkittävää kustannusten kertymistä. Tulevaisuudessa kuntien tulisi kiinnittää huomiota siirtymäriskiä lisääviin tekijöihin ja pohtia, voiko merkittävästi kohonneen siirtymäriskin iäkkäille suunnitella lisäpalveluita tai hoitokokonaisuuksia, joilla siirtymäriskiä saataisiin vähennettyä.

Kirjoittajat



DI Olli Halminen

on tohtorikoulutettava ja projektipäällikkö Aalto-yliopiston tuotantotalouden laitoksen HEMA-instituutissa. Hänen tutkimuksensa keskittyy alueellisten sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien dynaamiseen mallintamiseen ja johtamiseen, erityisfokuksena vanhustenhuolto.



Dosentti Miika Linna

on väitellyt terveystaloustieteestä vuonna 1999. Hän on ohjannut terveystaloustieteellistä tutkimusta ja toiminut konsulttina kansainvälisissä ja kotimaisissa terveydenhuollon arvioinnin hankkeissa. Ennen siirtymistään Aalto-yliopistoon Linna on kehittänyt THL:ssä palveluiden tuotannon, vaikuttavuuden ja tuottavuuden indikaattoreita sekä muita rekisteritietoihin pohjautuvia sovelluksia terveydenhuollon johtamiseen.



Katariina Silander (LL, KTM)

toimii tutkijana Aalto-yliopistossa HEMA-Instituutissa. Silanderin tutkimusaiheita ovat muun muassa terveyspalveluiden massaräätälöinti ja modularisointi, vaikuttavuus sekä interventioiden arviointi. Hän viimeistelee väitöskirjaansa sairaalapalveluiden modularisoinnista. Silander on työskennellyt useissa terveydenhuollon kehityshankkeissa sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Hän on toiminut lääkärinä perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa.



VTT, FL, KTM Teija Mikkola

toimii erityisasiantuntijana Kuntaliitossa. Hänen päävastuullaan ovat suurten ja keskisuurten kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannusvertailut. Hän on myös Kuntaliiton Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin projektipäällikkö. Mikkola on väitellyt vuonna 2003 sosiologiasta aiheenaan arvojen ja niiden muutoksen mittaaminen. Toimi erityisasiantuntijana Kuntaliitossa 31.1.2019 asti.



KTM Tero Tyni

Tero Tyni toimii budjettineuvoksena valtiovarainministeriön budjettiosastolla. Hänen toimenkuvana on kuntien ja maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon talous- ja rahoitusasiat. Aikaisemmin hän on työskennellyt Kuntaliitossa sosiaali- ja terveydenhuollon talousasioiden ja kuntien kustannuslaskennan erityisasiantuntijana.



LKT, yleislääketieteen erikoislääkäri Päivi Koivuranta

on toiminut hallintoylilääkärinä Kuntaliitossa vuodesta 2010 alkaen. Hänen tehtäviinsä kuuluu osallistuminen lääketieteellistä asiantuntemusta edellyttäviin lainsäädännön valmisteluryhmiin sekä kehittämis- ja tutkimushankkeisiin. Aikaisemmin hän on työskennellyt Helsingin kaupungin palveluksessa hallintoylilääkärinä, terveysjohtajana sekä kaupunginsairaalan johtajalääkärinä ja osallistunut näissä tehtävissä mm. vanhustenhuollon ja päivystystoiminnan kehittämiseen. Hänen väitöskirjansa vuonna 1988 käsitteli reaktiivisen artriitin immunologiaa.



TKT, KTM Iiris Hörhammer (os. Riippa)

toimii tutkijatohtorina terveydenhuollon johtamiseen ja tuotantotalouteen keskittyneessä HEMA-instituutissa (Healthcare Engineering and Management) Aalto-yliopiston Tuotantotalouden laitoksella. Hörhammerin tutkimusalueita ovat terveydenhuoltopalveluiden vaikuttavuuden ja taloudellisuuden arviointi sekä uuden teknologian implementointi terveydenhuollossa.

Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus
Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing (ELSE)

Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden ELSE-julkaisusarjassa julkaistaan projektin tuloksia ja ajankohtaisia kirjoituksia ikääntyneen väestön palveluista.

Julkaisusarja antaa kuntien päätöksentekijöille, viranhaltijoille ja kaikille iäkkäiden ihmisten palveluista kiinnostuneille tuoretta tietoa kuntien vanhuspalveluista ja edistää hyviksi havaittujen käytäntöjen leviämistä.

Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtyminen on yksilölle merkittävä elämäntapa muutos, jossa hänen palvelutarpeensa lisääntyvät. Se merkitsee palvelujen järjestäjän näkökulmasta usein sote-kustannusten kohoamista. Tässä Olli Halmisen, Miika Linnan, Katariina Silanderin, Teija Mikkolan, Tero Tynin, Päivi Koivurannan ja Iiris Hörhammerin raportissa *Ikäkkäiden ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskitekijät* tarkastellaan, mitkä altistavat, mahdollistavat ja tarvitsevat ovat yhteydessä kohonneeseen ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen riskiin. Raportissa selvitetään myös siirtymään liittyvien tekijöiden eroja kotihoidon eri hoitoisuusluokkien välillä.

Raportissa osoitettiin ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyvän väestöosuuden vaihtelevan kunnittain. Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtymiset aiheuttavat pitkällä aikavälillä kunnille merkittävää kustannusten kertymistä. Tulevaisuudessa kuntien tulisi kiinnittää huomiota tutkimuksessa esiteltyihin siirtymäriskin lisäviin tekijöihin ja pohtia, voiko merkittävästi kohonneeseen siirtymäriskin iäkkäille suunnitella lisäpalveluita tai hoitokokonaisuuksia, joilla siirtymäriskin saataisiin vähennettyä.

Sarjan julkaisut löytyvät osoitteista:

www.kuntaliitto.fi/ikaantyneet ja www.kuntaliitto.fi/kirjakauppa



Suomen Kuntaliitto
Toinen linja 14, 00530 Helsinki
PL 200, 00101 Helsinki
Puh. 09 7711
etunimi.sukunimi@kuntaliitto.fi
www.kuntaliitto.fi

Helsinki 2019