

Laitoshoidon vähentämisen seurauksista tiedetään niukalti



TUUKKA TAMMI

Vanhustenhuollon palveluiden kokonaismenot olivat vuonna 2012 Suomessa yhteensä 2,9 miljardia euroa, josta julkisen rahoituksen osuus oli yli 2,3 miljardia ja kotitalouksien osuus noin 500 miljoonaa. Noin kolmannes menoista kului vanhusten laitoshoidon.

Vuoteen 2040 mennessä Suomessa on nykyiseen verrattuna kaksinkertainen määrä yli 75-vuotiaita. Eniten hoivaa tarvitsevien 85 vuotta täyttäneiden määrä on lähes kolminkertaistumassa. On siis varauduttava palvelu- ja hoivatarpeen erittäin merkittävään kasvuun.

Kuntia on 1980-luvulta asti ohjattu vähentämään laitoshoidon ja lisäämään sen sijaan vanhusten kotiin tuotavia sekä niin sanottuja välimuotoisia palveluja. Lähökohta on periaatteessa positiivinen: samalla kun säästetään rahaa supistamalla kallista laitospuolta, mahdollistetaan ikääntyvien asuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään.

Laitospaikkoja on jo vähennetty rutkasti. Vanhainkodeissa tai terveyskeskuksissa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olleiden osuus 75 vuotta täyttäneistä saatiin laskemaan vuoden 1986 15 prosentista 8,4 prosenttiin vuoteen 2000 mennessä ja edelleen 3,1 prosenttiin vuoteen 2013 mennessä. Vuoden 2013 lopussa vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla oli hoidossa noin 14 500 75 vuotta täyttänyttä asiakasta.

On kuitenkin herännyt epäilyksiä siitä, että laitoshoidon tilalle ei järjestettäisi riittävästi korvaavia palveluita. Kovasuisimmat puhuvat vanhusten heitteillejättöstä.

Suomessa on yllättävän vähän tutkimustietoa siitä, miten laitoshoidon väheneminen on ollut yhteydessä muiden asumis- ja hoivapalveluiden kehittymiseen kunnissa. Kokon ja Valtosen analyysissa (YP 1/2008) havaittiin, että vuosina 1995–2005 laitospaikkojen vähentyminen oli yhteydessä tehostetun palveluasumisen yleistymiseen, mutta selkeää yhteyttä kotihoidon palveluihin ei ollut.

Tutkijat Jenni Blomgren ja Elina Einiö selvittävät tässä YP:ssä, miten vanhusten laitoshoidon väheneminen on yhteydessä muiden palveluiden muutoksiin Suomen kunnissa vuosina 2000–2013. He olettavat, että laitoshoidon korvattu muilla palveluilla varsinkin sellaisissa kunnissa, joissa on keskimääräistä enemmän hyvin vanhoja ja sairaita ihmisiä. He tarkastelevat myös laitoshoidon vähentämisen vaikutusta lääkekustannuksiin.

Kunnilla on laitoshoidon vähentämiseen taloudellisia kannustimia. Perinteinen laitoshoidon ja avohoidon eroavat toisistaan monelta osin siinä, mikä taho maksaa hoidon kustannukset. Esimerkiksi lääkeshoidon kustannukset kuuluvat kunnan kustannusvastaalle silloin, kun potilas on laitoshoidossa, mutta ne tulevat sairausvakuutuksen ja potilaan itsensä maksettaviksi silloin, kun hän on avohoidon piirissä.

Blomgrenin ja Einiön tulosten mukaan tehostetun palveluasumisen peittävyys näyttää kasvaneen samaa tahtia kuin vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaissosastoilla järjestetty perinteinen laitoshoido on vähentynyt. Kuntakohtaisesti esiintyy kuitenkin suurta vaihtelua. Uutisarvoista on, että palveluasuminen ei kuitenkaan ole kasvanut samassa mitassa kuin missä laitoshoido on purettu. Yhden prosenttiyksikön pieneneminen laitoshoidon peittävydessä oli yhteydessä 0,44 prosenttiyksikön kasvuun tehostetussa palveluasumisessa ja 0,10 prosenttiyksikön kasvuun tavallisessa palveluasumisessa. Kotihoidon piirissä olevien osuudet eivät muuttuneet laitoshoidon vähentyessä.

Tehostettua palveluasumista oli lisätty jonkin verran enemmän suuremman palvelutarpeen kunnissa kuin muissa kunnissa. Kunnat näyttäsivät siten tässä suhteessa ainakin jossain määrin toimineen väestön palvelutarpeen ohjaamina: jos palvelutarve on ollut suurta, perinteistä laitoshoido on vahvemmin korvattu tehostetun palveluasumisen palveluilla.

Tulokset vastaavat Kokon ja Valtosen aiempia tuloksia: palveluasuminen korvaa osin laitoshoido, mutta kotihoitoa kunnat eivät olleet lisänneet laitoshoido purkaessaan.

Omaisten antama hoiva on aikaisempien tutkimusten mukaan tärkein ikääntyneiden hoidon muoto. Sen on arvioitu säästävän ikääntyneiden hoivakustannuksia vuosittain noin 2–3 miljardin euron verran. Omaishoidon tuen myöntämisperusteet ovat kunnissa olleet vaihtelevia, ja kuntien käytössä olleet resurssit ovat määritelleet sitä, voidaanko tukea maksaa ja mikä suuruisena. Blomgrenin ja Einiön tulosten mukaan omaishoidon tuella hoidettavien vanhusten osuus kunnissa ei kuitenkaan ollut vuosina 2000–2013 reagoanut laitoshoidon vähenemiseen millään tavoin. Yhteyttä ei havaittu edes suuremman palvelutarpeen kunnissa. On silti mahdollista, että yhä suurempi osuus omaisista on laitoshoidon vähentyessä ottanut hoivavastuuta läheisistään ilman omaishoidon tukea.

Perinteistä laitoshoido vähentäessään kunnat ovat säästäneet ikääntyneen väestön lääkekustannuksissa. Tätä säästöä Blomgren ja Einiö arvioivat lääkehoidon kustannusten, Kela-korvausten ja omavastuiden menojen muutoksina: tulosten mukaan yhden prosenttiyksikön väheneminen perinteisen laitoshoidon peittävydessä lisäsi henkeä kohden laskettuja lääkekustannuksia, Kela-korvauksia ja omavastuita noin prosentin verran. Tulos, jonka mukaan perinteisen laitoshoidon väheneminen on yhteydessä avohoidon lääkekustannusten kasvuun, on ennakko-odotusten mukainen.

Blomgrenin ja Einiön, kuten myös Kokon ja Valtosen aiemman tutkimuksen perusteella ei voida väittää, että laitoshoidon tilalle ei järjestettäisi korvaavia palveluita. Sen sijaan voidaan kysyä, järjestetäänkö uudenmuotoisia palveluita *riittävästi*, sillä tutkimuksessa palveluiden volyyymi pieneni siirryttäessä laitoksista avohoitoon. Kuntien välillä oli myös selviä eroja.

Laitospaikkojen vähentäminen ja avohoidon samanaikainen kehittäminen on suomalaisen hyvinvointivaltion megatrendi, joka ei koske vain vanhuspalveluita, vaan myös esimerkiksi mielenterveyshoitoa. Tällaisista isoista ja vuosikymmeniä kestävästä rakennemuutoksista tarvitaan sinnikäästä ja monipuolista seuranta tutkimusta; nykyisin tällaista tutkimusta tehdään liian vähän ja pistemäisesti.