

Benchmarking-arviointi ja erikoissairaanhoidon alueelliset erot

RAIMO TUOMAINEN – MAUNO TUOMAINEN

Sairaaloiden arviointi

Sairaanhoitopiireittäin on eri tautien hoidon vo-lyymissa ja hoitomalleissa yllättävän suurta vaihtelua, joka ei ole kuin pieneltä osin selitettävissä sairastavuuseroin (Tuomainen & Tuomainen 2001). Stakesin johdolla maassamme ollaan kehittämässä benchmarking-järjestelmää, jonka pohjalta voidaan arvioida sairaaloiden tehokkuutta, tuottavuutta ja toisistaan poikkeavia hoitokäytäntöjä.

Kunnianhimoisena tavoitteena on sisällyttää järjestelmään myös tietoa hoidon tuloksista, vaikuttavuudesta. Stakes onkin vasta julkaissut ensimmäisen vaikuttavuusraportin (Häkkinen & al. 2002), jossa vertailtiin akuutin sydäninfarktin hoitokäytäntöjä, niiden kustannuksia ja vaikuttavuutta. Tuloksena oli, että muilla sairaanhoitopiireillä olisi opittavaa Pohjois-Savolta, jossa hoito tapahtuu poikkeuksellisen huokealla ja lisäksi kuolleisuus jää pieneksi. Raportin pohjalta voi tehdä johtopäätöksen, että jos pohjoissavolainen hoitokäytäntö omaksuttaisiin maanlaajuisesti, säästettäisiin sekä terveydenhuollon kustannuksissa että ihmishengissä.

Stakes on tehnyt pioneerimaista työtä rakentamalla sairaaloiden tuottavuusanalyseja tukevan tietokannan, joka on hyödynnettävissä netin kautta. Aiemmin Suomen Kuntaliitto kokosi sairaaloista vuosittain erikoisaloittain runsaasti tietoa, joka tarkemmissa analyyseissa osoittautui vertailukelpoisuudeltaan valitettavan puutteelliseksi (Tuomainen & al. 2001).

Vuoden 1993 valtionosuusudistuksessa valtio siirtyi terveydenhuollossa lähinnä epäsuoraksi val-lankäyttäjäksi (Nylander & al. 2003). Stakesin hanketta voidaan tarkastella nimenomaan tätä taustaa vasten. Lasse Oulasvirran (Oulasvirta & al. 2002) mukaan informaatio-ohjaus (vertailu-

tiedot ja parhaan käytännön mallit) on kevyintä vaikuttamista, jolla usein on heikko vaikutus käyttäytymiseen, mutta kohteen on helpompi hyväksyä se kuin pakottavat toimenpiteet.

Stakesin ja sairaanhoitopiirien yhteinen hanke käynnistettiin vuonna 1997. Silloin hankkeeseen osallistui kuusi sairaanhoitopiiriä. Kun hankkeen merkitys on vuosien mittaan tullut yksiselitteisen selväksi, maassa ei ole enää ainuttakaan sairaanhoitopiiriä, joka ei olisi siinä mukana.

Sairaaloiden kiinnostus oman toiminnan tuottavuuden mittaamiseen ja kehittämiseen on jatkuvasti lisääntynyt. Viime vuosina tuottavuusmittareita on jatkuvasti kehitetty ja testattu, on lisätty sairaaloiden taitotietoa tuottavuuden mittaamisessa sekä suunniteltu pysyvä palvelutoiminta erikoissairaanhoidon tuottavuuden mittaamiseen.

Yhtenä ratkaisuna lisääntyneeseen tiedontarpeeseen on ollut sairaaloissa yleistynyt selvitysmiestyö (esim. Paavilainen & al. 2000). Selvitysmiehet ovat olleet vaativan tehtävän edessä, etenkin jos ajatuksena on ollut suorittaa eri sairaaloiden välistä vertailua. Palvelulaitosten tilat, historiallinen toiminnan kehittyminen, organisatorakenteet, erikoisalakohtaisten toimintojen rajautuminen, kasvava yhteisosastojen käyttö ja käytettävissä olleiden tilastotietojen rajoitukset ovat vaikeuttaneet objektiivista vertailua. Pahimmillaan selvitysmiehet ovat joutuneet nojautumaan epäluotettaviin tilastotietoihin, mikä on vienyt pohjaa heidän suosituksiltaan. Valtakunnallisen vertailutietokannan saaminen on ratkaiseva edistysaskel sairaaloiden toiminnan objektiivisessa arvioinnissa. (Nuutinen 2001.)

Tässä artikkelissa tarkastellaan kolmen sairaanhoitopiirin palveluiden käytön ja hoitokäytäntöjen eroista aiheutunutta vaihtelua erikoissairaanhoidon kustannuksissa. Se tapahtuu benchmar-

king-aineiston pohjalta. Tarkasteltavina ovat suurimmat yleislääketieteelliset erikoisalut sekä alueellisen ulottuvuuden syventämiseksi myös vertailupiirien suurimmat kunnat. Tarkasteluvuosi on 2000, sillä kevään 2001 lääkäri-lakko heikensi ratkaisevasti tuon vuoden tietojen vertailtavuutta.

Alue-erot – ei lääketiedettä

Erikoissairaanhoito on viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana ollut melkoisessa muutoksessa. Syynä ovat olleet lääketieteen voimakas kehittyminen, tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden muuttuminen entistä vaativammiksi sekä väestön lisääntynyt tietoisuus ja vaatimukset terveydenhuollon palveluiden tasosta (Uusitupa & Tuomainen 2001). Myös julkisen talouden kriisivisiot ovat lisänneet vaateita, että kuntienkin tulee olla perillä siitä, saavatko ne taloudellisten uhrausten vastineeksi tasokkaita terveyspalveluita.

Analysit hoitokäytäntöjen alueellisista vaihteluista kielivät, että hoitomallit eivät suinkaan ole yksiselitteisesti lääketieteellisin perustein luotuja, vaan niillä on vahva kulttuurinen ulottuvuus. Esimerkiksi vuonna 1999 Länsi-Pohjassa tehtiin suonikohjuleikkauksia 10 000:ta asukasta kohti kolme, Satakunnassa 19. Keski-Suomessa kohdunpoistoja 10 000:ta asukasta kohti tehtiin 0,5 ja Lapissa 5,0. On selvää, että on tarpeen problematisoida hoitokäytänteiden alueellinen vaihtelu: se ei mitenkään selity väestön erilaisesta sairastavuudesta. (Järvi 2001.)

Yksittäisen sairaanhoitopiirin poikkeamia maan keskiarvosta on antoisaa pohdiskella. Onko piirin väestöllä ratkaisevasti muusta maasta poikkeavia terveystarpeita, vai mikä poikkeamia selittää? Esimerkiksi Pohjois-Savossa sappileikkaukset veivät vuonna 1999 hoitopäiviä ja -jaksoja yli kaksi kertaa maan keskiarvon verran. Väestöön nähden erittäin runsas hoitopäivien tuotanto Pohjois-Savossa oli myös muun muassa epilepsiassa, depressioissa ja kohdunpoistossa. Erittäin niukasti hoitopäiviä ja -jaksoja piirissä käytettiin ennenaikaisen syntymän ehkäisyyn sekä lasten käytös-tunnehäiriöiden ja nivelreuman hoitoon. (Isolauri 2001.)

Jouko Isolauri (2001) on todennut, että tavalisimpienkin vuodeosastohoidon resursseja kuluttavien sairauksien hoitofrekvensseissä on ikä- ja sukupuolivakioituun väestöön nähden suuria eroja. Perusleikkausten osalta erot ovat suurimmil-

laan viisinkertaisia ja harvinaisempien toimenpiteiden osalta jopa kymmenkertaisia.

Alue-eroja auttavat suhteuttamaan myös erilaiset kansainväliset vertailut. Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomessa on korkea tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuodeosastohoidon frekvenssi. Muihin verrattuna Suomessa tehdään paljon kohdunpoistoja, nikamavälityräleikkauksia sekä sappileikkauksia. Lonkan ja polven tekonivelleikkauksia tehdään huomattavasti vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa. (Isolauri 2001.)

Lynn Payerin (1990) teos *Medicine and culture* oli kansainvälisesti merkittävä lääketieteen kulttuurisidonnaisuuksien osoittaja. Kirjassaan Payer arvioi neljä länsimaan (USA, Ranska, Länsi-Saksa ja Iso-Britannia) ratkaisevasti toisistaan poikkeavia hoitokäytäntöjä ja kytki ne ansiokkaasti maan kulttuuritaustaan. Objekttiivisen diagnoosoinnin ja lääkitöiden harjoittamisen ideaali osoittautui viimeistään siinä todellisuuspohjaa vailla olevaksi abstraktioksi.

Vertailut eri maiden vallitsevista hoitokäytännöistä ovat osoittaneet suurta variaatiota kirurgisten toimenpiteiden yleisyydessä. Myös toisissa maissa arvostetut lääkkeet on toisissa luokiteltu tehottomiksi. Lääketieteen kansainvälisyys on vähäisempää kuin mieluusti uskottaisiin. Vaikka diagnosointi sekä sitä seuraava hoito tapahtuvat kaikille yhteisen tieteen nimissä, vallitseva kulttuuri vaikuttaa kaikkiin lääkärin työn vaiheisiin. Samaa biolääketieteellistä ongelmaa hoidetaan eri maissa hyvin eri tavoin. Vaihtoehtoisten hyväksyttävissä olevien hoitoratkaisujen joukko onkin kirjava ja erilaisten arvojen, prioriteettien ja käytäntöjen pohjalta eri hoitokulttuureissa tehdään toisistaan poikkeavia valintoja. (Payer 1990.)

Hyvän kuvan Pohjoismaiden sairastavuus- ja hoitokulttuurieroista saa esimerkiksi vuosittain ilmestyvästä *Health Statistics in the Nordic Countries* -teoksesta. Vuonna 1999 Norjassa tehtiin 100 000:ta asukasta kohti 192 sepelvaltimonohitusta tai pallolaajennusta, Suomessa niitä tehtiin 102; kuitenkin sydän- ja verisuonitautipotilaita Norjassa oli asukaslukuun nähden selvästi vähemmän. Umpilisäkkeen poistofrekvenssit taas olivat Suomessa 169 ja Norjassa 119. (Health..., 2001.)

Useimpia terveydenhuollon organisaatioita johdetaan yhä mekaanisen tietoympäristön johtamiskeinoin, lisäksi ura-ajattelu altistaa tiedon panttaukselle: tiedon jakaminen voi edistää kilpailijan etenemistä (Nylander & al. 2003). Tavallaan eri terveydenhuollon yksikötkin voidaan

mieltää kilpailijoiksi, ei niinkään yhteisen avoimen verkoston pisteiksi. Yleensäkin vakiintuneen toimintakulttuurin kyseenalaistaminen on monelle raskasta. Nämä asenteelliset lähtökohdat ehkäisevät innovaatioiden leviämistä terveydenhuollon organisaatioissa.

Alueittainen benchmarking

Benchmarking-nimitystä, joka ilmaisee samankaltaisten keskinäistä vertailua ja mallin ottamista menestyksekkäimmältä, on ymmärrettävästikin vierastettu ja yhä yleisemmin puhutaan sairaaloiden tuottavuusvertailusta. Tavoitteena on kehittää sellaisten tunnuslukujen laskentaa, jotka kuvaavat sairaaloiden tuottavuutta ja joilla sairaaloita voidaan verrata toisiinsa (Niemelä & al. 2001). Vuosittain hankkeen tuottamat tiedot ovat tulleet asteen aiempaa täsmällisemmiksi ja luotettavammiksi, mutta yhä on kehittämisen varaa (Tuomainen & Tuomainen 2001).

Lähtötietojen luotettavuus kasvaa sitä mukaa, kuin saatuja tuloksia käytetään toiminnan arviointiin ja vertailuun. Siten myös löydetään virheitä tilastoinnissa ja kirjaamiskäytännöissä. Tietojen käyttö vertailuun ja toiminnan kehittämiseen motivoi selvästi parantamaan toimintojen kirjaamista. (Junnila & al. 2001.)

Tuottavuuden kehittämistarpeiden tiedostamiseksi voidaan käyttää sekä vertailutietoa muiden yksiköiden toiminnasta että aikasarjaa oman yksikön toiminnasta. Tuottavuuden ongelmakohtien kartoittaminen edellyttää tiedon kokoamista tuotantoprosessista ja tuon tiedon tiivistämistä selkeiksi tunnusluvuiksi. Tietosisällön yhdenmukaisuuden vaatimus on mitä keskeisin. Tärkeää on myös, että tuottavuutta kuvaavien tunnuslukujen avulla saavutetaan riittävä tarkkuus, jotta kehittämistoimet voidaan kohdentaa oikeille alueille. Sairaalatason kokonaistuottavuuslukujen ohella tarvitaan erikoisala- ja potilasryhmäkohtaista tarkastelua.

Hankkeen perusajatuksena on erikoissairaanhoidon tuottavuuden mittaaminen ja kehittäminen. Lisäksi hankkeessa etsitään alueellisin ja tuottajakohtaisin vertailuin syyt tuottavuuseroihin. Sairaaloilta kerätään potilaskohtaisia vuodeosastohoidon ja avohoidon tietoja sekä kustannustietoja erikoisaloittain. Tiedoista muodostetaan laaja vertailutietokanta, joka sisältää tuottavuuslukuja sekä muita erikoissairaanhoidon toiminnan

indikaattoreita. Lukuja voidaan tarkastella erikoissairaanhoidon tuottajien näkökulmasta sairaala-, erikoisala- ja potilasryhmätasolla sekä alueellisesta, sairaanhoitopiirin tai kunnan, näkökulmasta. (Junnila & al. 2001.)

Hankkeessa keskeisenä käsitteenä on hoitoepisodi, joka tiiviisti lienee määriteltävissä yhden terveysongelman hoitamiseksi. Se voi sisältää käynnejä, hoitokasuja ja tutkimuksia sekä erilaisia hoitoon liittyviä toimenpiteitä. Yhdellä ihmisellä voi siten olla vuoden mittaan useita eri episodeja, terveysongelmilla kun on tunnetusti alttius kasautua.

Benchmarking-hankkeessa hoitoa tarkastellaan DRG-ryhmittelyn mukaan: ryhmät pohjautuvat diagnooseihin ja samaan ryhmään kuuluvat hoidon kannalta samankaltaiset potilaat. Potilasryhmittäisessä vertailussa muodostetaan erikoissairaanhoidon hoitoepisodeja yhdistämällä avo- ja vuodeosastohoidosta kerätyt toimintatiedot. Yhdistetyistä tiedoista muodostetaan alueellisia ja tuottajakohtaisia vertailutietokantoja. Toimintaa kuvaavien tietojen lisäksi sairaaloilta kerätään erikoisala- tai tulosyksikkökohtaiset toiminnasta aiheutuneet kustannustiedot sekä potilaskohtaiset kustannustiedot niiltä, jotka kykenevät tietoa tuottamaan.

Vaikka sairaaloiden tuottavuusvertailu on ennestistä enemmän herättänyt huomiota ja synnyttänyt innostusta, tietokantaa hyödyntäviä artikkeleita on ilmestynyt valitettavan niukasti (esim. Junnila & al. 2001; Linna & Häkkinen 2000). Julkaisut ovat lähinnä itse projektiryhmän jäsenten tekemiä.

Alueellisista (kunta, sairaanhoitopiiri tai sairaanhoitoalue) tiedoista saadaan tärkeää lisätietoa eri tavoista järjestää potilaiden hoitoketjuja ja näiden ratkaisujen vaikutuksista terveydenhuollon kustannuksiin. Alueellisessa benchmarking-tietokannassa on episodeja koskevia tunnuslukuja ja mittareita, jotka mahdollistavat hoidon porrastuksen sekä ikä- ja sukupuolivakioitujen kustannusten ja hoitopäivien tarkastelun. Lisäksi on mittareita, jotka osoittavat, paljonko alueen kustannukset ja hoitopäivät poikkeavat maan keskiarvosta, ja sen, missä määrin kustannusten ja hoitopäivien poikkeamat johtuvat palvelujen käytöstä, missä määrin tehottomuudesta. (Niemelä & al. 2001.)

Pitää korostaa, että alueellisessa tarkastelussa katsotaan jonkin alueen väestön asukkaiden palveluiden käyttöä ja siitä aiheutuneita menoja; palvelut on voitu antaa missä tahansa sairaanhoito-

piirissä. Episodit eivät siten rajaudu vain omaan sairaanhoitopiiriin vaan voivat ulottua minne hyvänsä Suomessa. (Niemelä & al. 2001.)

Tässä artikkelissa ei puututa hankkeessa käytettyihin laskentamenetelmiin; niistä on selkeä esitys julkaisussa ”Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus” (Niemelä & al. 2001). Keskeisinä tarkasteltavina indikaattoreina ovat poikkeamat erikoissairaanhoidon keskimääräisestä kustannustasosta. Tässä katsotaan tuottavuuserojen kustannusvaikutuksia kolmessa KYS:n erityisvastuualueen sairaanhoitopiirissä vuonna 2000. Ajatuksellisesti keskeisin talousmittari kuvaa hoitotoiminnan tehottomuutta tai tehokkuutta. Yleisesti ottaen sairaanhoitopiirien on syytä vertailla omaa toimintaansa toisiin: toisessa saatetaan menestyä keuhkoembolian tehokkaassa hoidossa, toisessa taas tyräleikkauksen hoidossa.

Sairanhoitopiirien vertailua

Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon benchmarking-tarkasteluhanke käynnistyi jo vuoden 1999 tietojen osalta. Keski-Suomen ja Pohjois-Karjalan vertailu onnistui toivotusti, mutta Pohjois-Savon osalta törmättiin vuoden 1999 aineistossa puutteisiin (Tuomainen & Tuomainen 2001). Yleensäkin benchmarking-tietoja hyödynnettäessä kannattaa hetkiseksi omistautua arvioimaan niitä puutteita, joita aineistossa on. Puutelistalla on esitetty muun muassa julkaisussa ”Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus” (Niemelä & al. 2001). Koska vuoden 2000 tiedot ovat Pohjois-Savonkin osalta kunnossa, on palattu alkuperäiseen ajatukseen tutkia myös sen tilaa.

Keski-Suomen ja Pohjois-Savon vertailu on houkuttavaa siksi, että piirit ovat kooltaan varsin samaa luokkaa, mutta toisessa on yliopistollinen sairaala ja toisessa tavallinen keskussairaala. Medikalisaatioteorioiden mukaanhan oletettavaa olisi, että runsas palvelujen tarjonta johtaisi pohjoissavolaisten palveluiden ylikäyttöön. Toisaalta myös kahden samaan erityisvastuualueeseen kuuluvan keskussairaalapiirin vertailu tuntuu järkevältä. Kannattaa pitää mielessä, että Pohjois-Karjala ja Pohjois-Savo ovat vaikeimman sairastavuuden alueita maassamme. Stakesin SOTKA-tietokannasta ilmenee, että kaikilla käytetyillä sairastavuusindikaattoreilla (työkyvyttömyys, sairauspäivärahan saajat, erityiskorvattavien lääkkeiden saajat, ikävakioitu kuolleisuus) tarkasteltuna ni-

den molempien sairastavuus ylitti selvästi Keski-Suomen. Esimerkiksi ikävakioitu kuolleisuus 1995–1999 oli Keski-Suomessa sama kuin maan keskiarvo, Pohjois-Karjalassa 9 prosenttia korkeampi ja samalla maan korkein arvo. Pohjois-Savo ylitti maan keskiarvon viidellä prosentilla; sen väestössä korostuivat työkyvyttömyyden ongelmat.

Benchmarking-hankkeessa on laskettu vuoden 2000 erikoissairaanhoidon kustannusten poikkeamat maan keskiarvosta alueittain ja jaettu poikkeama kahteen komponenttiin, käytön ja tehokkuuden eroista johtuviin. Asukasta kohti erikoissairaanhoidon oli vertailun piireistä kalleinta Pohjois-Savossa: se ylitti keskiarvon 447 mk:illa (316 mk ylitystä aiheutui väestön runsaasta palveluiden käytöstä ja 131 mk tehottomuudesta). Tämä oli maan korkein arvo. Pohjois-Karjalan kustannukset alittivat maan keskiarvon 77 mk:illa asukasta kohti (väestön runsaasta palveluiden käytöstä syntyi 211 mk:n ylitys, mutta suuresta tehokkuudesta syntyi 288 mk:n alitus). Keski-Suomessa erikoissairaanhoidon oli asukasta kohti laskettuna vertailupiireistä edullisinta: säästö maan keskiarvoon oli 184 mk (väestön vähäisestä palveluiden käytöstä aiheutui 134 mk säästöä ja tehokkuudesta 50 mk).

Kaikkiaan siis Keski-Suomessa, jonka väestö eri mittarein tarkastellen oli vertailupiireistä tervein, erikoissairaanhoidon järjestyi halvimmalla. Tässä selittäjänä painottui vähäinen palveluiden käytön osuus. Toisissa piireissä jo korkea sairastavuustaso on omiaan aiheuttamaan runsasta palveluiden käyttöä; etenkin Pohjois-Savossa tämä oli toteutunut. Pohjois-Karjala oli onnistunut maan parhailla tehokkuusluvullaan kuitenkin erittäin vaikuttavaan kustannustason laskuun.

Tehokkuudella säästöjä

Perusajatus siis on, että sairaalan tai alueen korkeat hoitokustannukset voivat aiheutua toisaalta runsaasta kysynnästä eli siitä, että palveluita kulutetaan paljon, toisaalta hoitotoiminnan tehottomuudesta. Ja vastaavasti säästöt voivat aiheutua vähäisestä kysynnästä tai erityisen tehokkaasta hoidosta. Tavallaan terveydenhuollon vallassa on tuottaa väestön tarvitsemat palvelut tuottavasti ja vaikuttavasti. Itse asiassa tätäkin ajattelua voidaan pitää turhan pelkistettynä, sillä runsaasta kysyntästä ei voida pitää yksinomaan annettuna; alueellisel-

Taulukko 1. Erikoissairaanhoidon kustannusten poikkeamat maan keskiarvosta asukasta kohti vertailupiireissä; poikkeaman jakautuminen käytöstä johtuviin ja tehokkuuden vaihtelusta johtuviin eroihin suurimilla yleissairaanhoidon erikoisaloilla

	Kustannusten poikkeama yht. mk/as.	Runsaasta (+) tai vähästä (-) käytöstä johtuva kustannusten poikkeama mk/as.	Tehottomuudesta (+) tai tehokkuudesta (-) johtuva kustannusten poikkeama mk/as.
Sisätaudit			
Keski-Suomi	- 98	- 54	- 44
Pohjois-Karjala	- 39	+ 52	- 90
Pohjois-Savo	+ 59	+ 67	- 8
Kirurgia			
Keski-Suomi	- 63	- 52	- 12
Pohjois-Karjala	- 68	+ 14	- 82
Pohjois-Savo	+ 218	+ 154	+ 65
Naistentaudit			
Keski-Suomi	- 69	- 33	- 36
Pohjois-Karjala	- 50	- 12	- 38
Pohjois-Savo	+ 43	+ 11	+ 31
Lastentaudit			
Keski-Suomi	- 11	- 14	+ 3
Pohjois-Karjala	- 52	- 2	- 50
Pohjois-Savo	- 8	- 39	+ 32

la hoitokulttuurilla sitä voidaan manipuloida ratkaisevasti, alueittain on hyvin erilaisia hoitoindikaatioita (Isolauri 2001). Terveystuolto voi vaikuttaa omaan kysyntäänsä ja itse asiassa elää omasta jononmuodostuksestaan (Tuomainen & Piironen 1994; Tuomainen & al. 1999).

Alueella vallitsevaa suurta terveyspalveluiden kysyntää voi siis selittää toisaalta alueen runsas sairastavuus ja toisaalta alueella vallitseva suuri alttius käyttää terveyspalveluita (Tuomainen & Piironen 1994). Medikalisaation eteneminen on lisännyt herkkyyttä käyttää terveydenhuollon palveluita (Tuomainen & al. 1999), mikä luonnollisesti heijastuu myös erikoissairaanhoidon. Tämä prosessi on kuitenkin edistynyt eri alueilla eri nopeudella, oletettavasti ripeimmin urbaaneilla alueilla.

Tässä artikkelissa ei ole mahdollisuuksia arvioida medikalisaation etenemisvauhtia alueittain eikä potilasvirtoja tässä yhteydessä problematisoida, vaan keskitytään benchmarking-tilastojen pohjalta tehottomuuden kustannusten tarkasteluun ja kolikon toiseen puoleen, tehokkuussäätöihin.

Kun katsotaan hoidosta aiheutuneita kustannuksia suurimmilla yleissairaanhoidon erikoisaloilla (taulukko 1), nähdään, että kussakin niistä Keski-Suomi ja Pohjois-Karjala ovat onnistu-

neet tuottamaan palvelut väestölle maan keskiarvoa edullisemmin.

Silmiinpistävämpänä poikkeamana tulee esiin Pohjois-Savon kirurgia, jossa kustannusylitys oli reilut 200 mk asukasta kohti. Sen keskeisimpänä selittäjänä on ollut väestön runsas palveluiden käyttö, mutta toisaalta myös tehottomuuden kustannukset olivat siinä varsin huomattavat; ne muodostivat noin puolet koko Pohjois-Savon tehottomuuden kustannuksista. Erittäin edullista oli puolestaan Keski-Suomen väestön sisätautien hoito: säästöä oli liki 100 mk asukasta kohti. Yli puolet säästöstä selittyi niukasta palveluiden käytöstä, mutta myös hoidon tehokkuus vaikutti siihen.

Keski-Suomi, jonka väestö onkin terveintä, sai kaikilla tarkasteltavilla erikoisaloilla säästöjä väestön vähästä palvelujen käytöstä. On mahdotonta tässä yhteydessä arvioida, missä määrin palveluiden käytössä ilmenevät erot aiheutuivat sairastavuuseroista, missä määrin eroista väestön alttudessa hakeutua hoitoon tai hoitoindikaatiokäytännöissä. Tällaisiin arviointeihin kuitenkin olisi tarvetta. Pohjoissavolaisten kirurgian palveluiden käyttö oli erittäin runsasta verrattuna Pohjois-Karjalan väestöön, jolla sillakin objektiivinen palveluiden tarve oletettavasti on suuri. Pohjois-Savossa vain lastentaudit olivat poikkeus: niissä vä-

Taulukko 2. Erikoissairaanhoidon kustannusten poikkeamat maan keskiarvosta asukasta kohti; poikkeaman jakautuminen käytöstä johtuviin ja tehokkuuden vaihtelusta johtuviin eroihin suurimmissa vertailupiirien kunnissa

	Kustannusten poikkeama yht. mk/as.	Runsaasta (+) tai vähästä (-) käytöstä johtuva kustannusten poikkeama mk/as.	Tehottomuudesta (+) tai tehokkuudesta (-) johtuva kustannusten poikkeama mk/as.
Pohjois-Karjala			
Joensuu	+ 217	+ 433	- 216
Kontiolahti	+ 166	+ 409	- 243
Liperi	+ 10	+ 241	- 231
Kitee	- 270	+ 108	- 378
Lieksa	- 434	- 66	- 368
Pohjois-Savo			
Kuopio	+ 987	+ 630	+ 357
Varkaus	+ 477	+ 465	+ 12
Siilinjärvi	+ 274	+ 105	+ 169
Leppävirta	+ 93	+ 7	+ 85
Iisalmi	+ 57	+ 285	- 228
Kiuruvesi	- 307	- 169	- 138
Keski-Suomi			
Jämsä	+ 47	+ 655	- 608
Jyväskylä	- 41	- 118	+76
Keuruu	- 203	- 104	- 98
Äänekoski	- 207	- 186	- 20
Jyväskylän mlk.	- 249	- 254	+ 6
Saarijärvi	- 484	- 442	- 42
Laukaa	- 567	- 524	- 43

estön vähäisestä palveluiden käytöstä aiheutui säästöjä. Pohjois-Karjalassa runsaasta palveluiden käytöstä syntyneet lisäkustannukset korostuivat sisätaudeissa.

Pohjois-Karjalan erinomaiset tehokkuusluekmat tulivat esiin kaikilla erikoisaloilla. Isoimpina erikoisaloina sisätautien ja kirurgian osuudet tehokkuussäästöistä olivat suuret.

Koska vuoden 1999 tiedoissa oli vielä etenkin Pohjois-Savon osalta epäluotettavuutta, muutoksia aiempaan nähden voi esittää vain perin varoen. Kävi kuitenkin selvästi ilmi, että vuositason muutokset olivat kahdessa komponentissa vastakkaiset: kun väestön palveluiden käytöstä aiheutuneet kustannukset kasvoivat, seurauksena oli tehokkuussäästöjä, ja kun väestön palveluiden käytön aiheuttamat kustannukset laskivat, tehokkuudessa seurasi negatiivinen muutos. Lyhyellä aikajänteellä tämä onkin varsin luonnollinen korrelaatio, sillä sairaaloiden on vaikea sopeuttaa pikaisesti resurssiensa kysynnän muutoksiin. Ainoa poikkeus säännöstä oli Pohjois-Savon kirurgia, jossa oli edelliseen vuoteen nähden kasvua sekä palveluiden käytöstä johtuvissa kuluissa että tehotto-

muuden kustannuksissa. Benchmarking-tilastojen mukaan Pohjois-Savossa oli tapahtunut Varkauden sairaalassa huomattava kirurgian tehokkuussäästöjen pienentyminen.

Kunnittaista tietoa

Benchmarking-aineistosta löytyy tietoa paitsi sairaanhoitopiireittäin myös kuntatasolta. Koska satunnaisvaihtelu erikoissairaanhoidon palveluiden käytössä on pienissä kunnissa erittäin merkittävää, taulukkoon 2 on otettu mukaan ne vertailupiirien kunnat, joiden asukasmäärä ylittää 10 000 asukkaan rajan.

Kuten sairaanhoitopiiritiedoista saattoi arvioida, pohjoissavolaisissa kunnissa oli eniten niitä, joissa menot ylittivät selvästi keskimääräisen. Selvin poikkeama maan keskiarvosta oli Kuopiolla, jonka lähes 1 000 mk:n asukaskohtainen ylitys johtui pääosin runsaasta palveluiden käytöstä ja noin kolmasosa johtui tehottomuudesta. Siilinjärven ja Leppävirran osalta ylityksen pääosa selittyi tehottomuudesta, siitä että potilaita oli run-

saasti niissä DRG-ryhmissä, joissa KYS:n hoidossa oli merkittäviä tehottomuuden aiheuttamia kustannuksia. Siilinjärvi on tullut tunnetuksi palveluiden ylikäytöstään (Karhunen & al. 2002), mutta vuonna 2000 tämä ei niinkään tullut esiin.

Medikalisaatioteorian mukaisesti voisi olettaa, että myös keskussairaalakunnissa olisi runsaasta väestön palveluiden käytöstä johtuvia lisäkustannuksia. Joensuun osalta tämä pätkin, mutta yllättäen Jyväskylän tunnusluku oli miinusmerkkinen. Ehkä hämmästyttävien lukusarja on Jämsän kohdalla: erittäin runsaasta käytöstä aiheutuvien kulujen vaikutus kumoutui huomattavilla tehokkuusäästöillä, mikä asettaa kyseenalaiseksi sen, onko 10 000 asukkaankaan raja riittävän korkea, jotta yhden vuoden tuloksia voisi ottaa kovin vakavasti.

Kaikkiaan sairaanhoitopiirien sisällä ei ollut havaittavissa korrelaatiota kuntien palveluiden käytöstä aiheutuvien kustannusten ja SOTKA-tietokannan sairastavuusindikaattoreiden välillä. Tarkastelu kunnittain antaa uutta kuvaa terveyspalveluiden alueittaisesta vaihtelusta, mutta erot eivät ole selitettävissä alueellisella ulottuvuudella kuten piirien välillä: erot naapurikuntien välillä eivät todennäköisesti selity siitä, että sairaalassa eri kuntien asukkaita hoidettaisiin eri lailla, vaan siitä, että asukkaat sattuvat jakautumaan DRG-ryhmiin kovin eri tavoin. Kunta, jonka potilaat ovat pääosin piirissä tehokkaasti hoidetuissa DRG-ryhmissä tai erikoisaloilla, saa aivan toisenlaiset tehokkuuslukemat kuin kunta, jonka väestö on sairastunut tehottomammin hoidettuihin vaikeisiin.

Itseään kyseenalaistaviin organisaatioihin

Terveydenhuollon johtamisen on toistuvasti väitetty olevan ajastaan jäljessä. Missä on vika, kun innovatiivisuus ja uusien toimintamallien hakeminen – jatkuva kyseenalaistaminen – eivät ole selviö? Auktoriteetti johtaminen ja organisatorinen itsekkyyks lamauttavat; suuri kehittämispotentiaali tarvitsee herätettä dynaamisesta verkostomaisesta toimintaympäristöstä. Tällöin benchmarking-dataakin voidaan hyödyntää aktiivista toimintamallien kehittämistä varten eikä pelkästään tilastollisia vertailuja varten.

Kehityskykyisen organisaation on kyettävä jatkuvaan, sisäsyntyiseen kasvuun. Varsinainen tiedon kasvu ja varastoituminen syntyvät vuorovaihtuksesta, jolla työntekijät liittyvät hiljaisen, ko-

kemuksellisen tietonsa käytössä oleviin tietovarantoihin. Tieto onkin keskeistä organisaation toiminnalle ja johtamiselle. Ihannetapauksessa muodostuu data–informaatio–tietämys–viisaus–hierarkiasta aktiivinen prosessi. (Nylander & al. 2003.)

Itseään ja toimintaansa seuraava, arvioiva ja neuvotteleva organisaatio tarvitsee toimiakseen hyvän tietojärjestelmän, kaikki toimintahan tapahtuu tiedon avulla. Toimintaa ei ohjata kerta-luonteisesti ylhäältä alas informaatio-ohjauksella, vaan koko verkosto ohjaa jatkuvasti itseään tiedon avulla. (Nylander & al. 2003.)

Dynaaminen tieto- ja toimintaympäristö rakentuu sinne, missä asiantuntijoilla on vapautta kommunikoida ja tietotulvaa osataan käsitellä. Tämä tarkoittaa korkeatasoisia sosiaalisia ja teknisiä valmiuksia. Dynaaminen tietoympäristö on kompleksinen, sitä on vaikea kontrolloida, työntekijöillä on itsenäisyyttä ja asiantuntijavaltaa ja muutokset ovat nopeita. Tietoa osataan käsitellä tehokkaasti sen kaikissa muodoissa. Koska suuri osa tietoaikainesta on keskenään ristiriitaista, organisaation on kestävä paljon ristiriitoja – myös intressiristiriitoja ja perusteltujen näkökulmien erilaisuutta. Dynaamisessa ympäristössä tehdään paljon niin sanottua ”turhaa työtä”, ideointia, keuhkua, erehdyksiä, sekä joudutaan kestämaan paljon epävarmuutta ja hämmennystä. (Nylander & al. 2003.)

Pohdinta

Stakes on rakentanut benchmarking-järjestelmän, jotta sairaaloilla ja sairaanhoitopiireillä on mahdollisuus arvioida toimintamallejaan ja tuottavuuttaan sekä pohtia, ovatko mahdolliset selvät poikkeamat maan keskimääräisestä käytännöstä perusteltuja vai hoitopoliittisesti aiheettomia. Onkin ounasteltavissa, että alueittaiset hoitokulttuurit tulevat lähenemään toisiaan sitä mukaa, kuin tällaisten tietokantojen hyödyntäminen ja vaikutavuustutkimukset lisääntyvät.

Benchmarking-tutkimustyö vahvisti kuvaa, että vaikka ”objektiivinen” sairastavuus luo perustan väestön terveyspalveluiden käytölle, hoitoaltiluudessa on suuria alue-eroja, joita on vaikea perustella biolääketieteellisesti. Lisääntyvän sairastavuuden ohella palvelutarpeen kasvuun vaikuttanee medikalisaatio, joka alentaa kynnystä hakeutua hoitoon. Palveluiden käyttöä olisikin tärkeää

arvioida myös medikalisaatioteorioiden valossa, mihin benchmarking-aineisto antaa hyvät mahdollisuudet. Medikalisaatio on edennyt alueittain vaihtelevasti; ei voi nähdä, että parempi palveluiden tarjonta johtaisi suoraviivaisesti runsaampaan palveluiden käyttöön. Mitä ilmeisimmin eri alueilla on myös erilaisia hoitotilastointia.

Tämä artikkeli on esimerkki siitä, minkä soisi olevan perustyytä mahdollisimman monessa sairaanhoitopiirissä. Näilläkin kolmella piirillä olisi opittavaa toisiltaan. On oletettavaa, että paikoin tilastoja kaivelemalla löydetään tilastointivirheitä, jotka selittävät osan innostavimmista tuloksista. Kokonaisuutena tällaiset virheet eivät kuitenkaan voi vesittää sitä antia ja niitä kehitystyön potentiaaleja, joita intensiivisestä benchmarking-aineiston läpikäynnistä löytyy (Tuomainen & Tuomainen 2001).

TIIVISTELMÄ

Raimo Tuomainen & Maunu Tuomainen: Benchmarking-arviointi ja erikoissairaanhoidon alueelliset erot

Analyysit hoitokäytäntöjen alueellisista vaihteluista osoittavat, etteivät hoitomallit ole yksiselitteisesti lääketieteellisin perustein luotuja, vaan niillä on kulttuurinen ulottuvuus. Vaikka ”objektiivinen” sairastavuus luo perustan väestön terveyspalveluiden käytölle, myös hoitoalttiudessa on suuria alue-eroja, joita on vaikea perustella biolääketieteellisesti. Lisääntyvän sairastavuuden ohella palvelutarpeen kasvuun vaikuttanee medikalisaatio, joka alentaa kynnystä hakeutua hoitoon. Mitä ilmeisimmin eri alueilla on erilaisia hoitotilastointia. Stakes on rakentanut terveydenhuollon benchmarking-järjestelmän, jotta sairaaloilla ja sairaanhoito-

Benchmarking luo hyviä edellytyksiä, mutta se, hyödynnetäänkö sitä terveydenhuollossa, on kiinni organisaatioiden kehityshengestä ja rohkeudesta kyseenalaistaa.

Tehokkuus on arvo, mutta vain yksi niistä. Pitää muistaa, että äärimmäisessä tehokkuudessa on jotain luonnonvastaista (Tuomainen 2002): mikä taloudellisesti kuluttaa vähän, voi kuluttaa henkilöresursseja tai itse potilaan hyvinvointia. Kun oikeita hoitomalleja etsitään, ei saa sortua liian lyhytnäköisiin ratkaisuihin (Tuomainen & Tuomainen 2001). Ihmisläheisyydestä on pidettävä kiinni (Töyry 2001). Pitkän aikavälin terveydenhuollon vaikuttavuustutkimuksille, joissa mukana on paitsi lääketieteellistä myös hoitotieteellistä, terveys sosiologista ja terveystaloustieteellistä osaamista, on tilaus yhteiskunnassamme.

piireillä on mahdollisuus arvioida toimintamallejaan ja tuottavuuttaan ja pohtia, ovatko mahdolliset poikkeamat maan keskimääräisestä käytännöstä perusteltuja. Alueittaiset hoitokulttuurit lähestynevät toisiaan sitä mukaa, kuin tällaisten tietokantojen hyödyntäminen ja vaikuttavuustutkimukset lisääntyvät.

Tässä artikkelissa tarkasteltiin benchmarking-aineiston pohjalta kolmen sairaanhoitopiirin palveluiden käytön ja hoitokäytäntöjen eroista aiheutunutta vaihtelua erikoissairaanhoidon kustannuksissa. Aineisto tarjoaa mainion perustan alueellisille terveydenhuollon vertailuille sekä sairaanhoitopiiri- että kuntatasolla.

Benchmarking luo hyviä edellytyksiä, mutta se, hyödynnetäänkö sitä terveydenhuollossa, on kiinni organisaatioiden kehityshengestä ja rohkeudesta kyseenalaistaa.

KIRJALLISUUS

HEALTH STATISTICS IN THE NORDIC COUNTRIES 1999.

Nordic Medico Statistical Committee 2001: 61. København 2001

HÄKKINEN, UNTO & IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ, ULLA & KESKIMÄKI, ILMO & RAUHALA, AUVO & KLAUKKA, TIMO & TEITTO, EIJÄ: Akuutin sydäninfarktin hoitokäytäntöjen, kustannusten ja vaikuttavuuden vertailu. Aiheita 9/2002. Helsinki: Stakes, 2002

ISOLAURI, JOUKO: Terveydenhuolto 2000-luvulle. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000: 21. Helsinki 2001

JUNNILA, MAIJALIISA & PEKURINEN, MARKKU & NIEMELÄ, JUTTA: Benchmarking-tietoja voi käyttää toimintojen kehittämiseen. Sairaala 63 (2001): 3, 24–26

JÄRVI, ULLA: Selvitysmies Jouko Isolauri: Jonot eivät ole terveydenhuollon ainoa tasa-arvo-ongelma. Suo-

men Lääkärilehti 56 (2001): 4, 391

KARHUNEN, TARU & PALMUNEN, JUHA & PAUNIO, PEKKA & RYTSÖLÄ, JUHA & TUOMAINEN, RAIMO & VOHLONEN, ILKKA: Siilinjärven terveydenhuolto. Kustannustaso ja sen ennustettavuus. Kuopion yliopiston selvityksiä A. Farmaseuttiset tiedet 1. Kuopio 2002

LINNA, MIIKA & HÄKKINEN, UNTO: Alueellisten hoitoketjujen tuottavuusvertailu – uusi tapa tarkastella erikoissairaanhoidon kustannuksia. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 37 (2000): 37, 197–206

NIEMELÄ, JUTTA & HEIKKINEN, KAISA & LAUKKANEN, MIKA & UTRAIINEN, EIJÄ & HÄKKINEN, UNTO: Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus. Toimintavuoden 1999 tulokset. Helsinki: Stakes, 2001

NUUTINEN, LAURI: Terveydenhuollon selvitysmiehet – onni vai onnettomuusko? Suomen Lääkärilehti 56 (2001): 2, 143

- NYLANDER, OLLI & STÄHLE, PIRJO & NENONEN, MIKKO: Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (2003): 1, 3–18
- OULASVIRTA, LASSE & OHTONEN, JUKKA & STENVALL, JARI: Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. STM-julkaisu 2002: 19. Helsinki 2002
- PAAVILAINEN, HEIKKI & ISOLAURI, JOUKO & TUULONEN, ANJA: KYSin operatiivisten alojen tulosalueen selvitysmiesraportti. Kuopio: Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, 2000
- PAYER, LYNN: *Medicine and culture. Notions of health and sickness in Britain, the U.S., France and West Germany.* London: Victor Gollancz, 1990
- TUOMAINEN, RAIMO: Tehokas elämä – medikalisaatiota uupumukseen. *Suomen Lääkärilehti* 57 (2002): 1, 83–87
- TUOMAINEN, RAIMO & MYLLYKANGAS, MARKKU & ELO, JYRKI & RYNNÄNEN, OLLI-PEKKA: Medikalisaatio – aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino, 1999
- TUOMAINEN, RAIMO & PAAVILAINEN, HEIKKI & ISOLAURI, JOUKO & TUULONEN, ANJA: Selvitysmieshanke sairaalassa – prosessi ja opetuksia. *Suomen Lääkärilehti* 56 (2001): 2, 197–201
- TUOMAINEN, RAIMO & PIIRONEN, PEKKA: Alueittainen näkökulma medikalisaatioon. Esimerkkinä Kuopion lääni. *Yhteiskuntasuunnittelu* 32 (1994): 2, 45–53
- TUOMAINEN, RAIMO & TUOMAINEN, MAUNU: Mikä maksaa – sairaanhoitopiirien vertailua benchmarking-tiedoin. *Sairaala* 63 (2001): 10, 38–41
- TÖYRY, EEVA: Hoidon ihmisläheisyys erikoissairanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 86. Kuopio 2001
- UUSITUPA, MATTI & TUOMAINEN, RAIMO: Yhteistyö sairaanhoitopiirien välillä Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 56 (2001): 6, 683–687.