STAKES

CHESS ONLINE
on Stakesin Terveystaloustieteen keskuksen
julkaisema tiedotuslehti.

CHESS ONLINE

3 • 2005

kuva: Heikki Päivä

PÄÄKIRJOITUS

Markku Pekurinen
tutkimusprofessori
markku.pekurinen@stakes.fi

Parasta kansalle

Yksiselitteistä tutkimustietoa siitä, miten palvelut olisi parasta tulevaisuudessa järjestää, ei taida olla kenelläkään. Niinpä jokainen voi osallistua palvelurakenteista käytävään keskusteluun asiantuntijana ja olla melkein yhtä oikeassa tai väärässä kuin täysin eri mieltä olevat. Tutkimustiedollakin näyttää olevan relevanssia vain valikoidusti.

Monien tutkimusten mukaan kunnan koolla ei ole juurikaan vaikutusta kuntien menotasoon, silti kuntakoon suurentamista pidetään keskeisenä keinona parantaa toiminnan taloudellisuutta. Kansainväliset kokemukset terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malleista ovat kirjavia ja vähemmän lupaavia kuin kotimaisen keskustelun perusteella voisi luulla. Silti tilaajan ja tuottajan eriyttämisen nimeen vannotaan kunta- ja palvelurakenneuudistusta koskevassa keskustelussa ahkerasti.

Kävipä kuntien yhdistämisen kanssa niin tai näin palvelurakenteita on syytä uudistaa vastaamaan 2020-luvun väestön tarpeita. Sama koskee tilaaja-tuottaja-mallia, toteutettiinpa sitä pitkälle viedyn kilpailutuksen tai strategisen kumppanuuden periaatteella.

On itsestään selvää, että ikääntyvän väestön hoitamiseen tarvitaan nykyistä enemmän voimavaroja. Monet empiiriset kunta- ja aluetason laskelmat viittaavat kuitenkin vahvasti siihen, että jo nykyisillä voimavaroilla selvitään melko pitkälle tulevaisuuteen, jos palvelurakenteita ja toimintatapoja uudistetaan syvällisesti. Tavoiteltavia mittakaavaetuja ei saavuteta pelkästään palvelujen järjestäjän tai tuottajan kokoa suurentamalla, erottamalla tilaaminen ja tuottaminen vaan vapauttamalla palvelujen järjestäminen ja tuottaminen perinteisistä sektori- ja kuntarajoista.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus ei tuo sinänsä lisää rahaa terveydenhuoltoon, mutta rakenteita radikaalisti uudistamalla voimavarojen lisäyksen tarve on pienempi kuin, jos jatketaan nykymallilla.

kuva: Timo Seppälä

CHESS ONLINE 3 • 2005

1. **Parasta kansalle**
Markku Pekurinen

2. **Helsingin apulaiskaupunginjohtaja Paula Kokkonen: Mitä mitataan, sitä tuotetaan**

4. **Hammashoitouudistus ei lisännyt tasa-arvoa**
Lien Nguyen, Unto Häkkinen

5. **RUG-maksujärjestelmästä apua laitoshoidon sopimusohjaukseen**
Magnus Björkgren

6. **Tupakoinnin lopettaminen kannattaa aina myös taloudellisesti**
Kirsi Vitikainen, Markku Pekurinen

Lihavuus paisuttaa terveysmenoja
Markku Pekurinen

7. **Vanhusten laitoshoidon tuottavuutta ja hoidon laatua on arvioitava samanaikaisesti**
Juha Laine

8. **Kuhmoisten vuodeosastolle kunniakirja hyvistä hoitokäytännöistä**
Anja Noro

9. **Lonkkamurtuman hoitoketjun arviointi kehittyy**
Reijo Sund

10. **Mäntän sairaalalle palkinto hyvästä tuottavuudesta**
Maijaliisa Junnila

12. **Terveystaloustieteen päivä 3.2.2006**

teksti: Timo Hujanen
kuva: Pertti Nisonen

– Perusterveydenhuollon toimintojen ja kustannusten vertailu ontuu pahasti. Kunnollisia vertailutietoja ei ole. Asia olisi korjattava pikaisesti, toivoo Helsingin apulaiskaupunginjohtaja Paula Kokkonen.

Haastateltavana Helsingin apulaiskaupunginjohtaja Paula Kokkonen

Mitä mitataan, sitä tuotetaan

Helsingin terveyspalvelujen tuottamisen kalleutta selvittäneen ns. Kalleushankkeen arviointiraportissa todettiin, ettei perusterveydenhuollossa ole valtakunnallisia standardeja. Eri kaupunkien ja kuntien toimintatapoja ja tehokkuutta ei voida vertailla ilman standardoituja aineistoja. Tuotteet ovat erilaisia ja niitä on paljon. Hoitopolkuja ja mahdollisia hoitopaikkoja on enemmän kuin aikaisemmin.

– Koko terveydenhuollossa tulisi miettiä miten tuloksia aidosti ja oikeasti mitataan. Mitataanko hoitoaikoja ja tiettyjä vuodemääriä? Kuinka objektiivisia mittareita nämä ovat? Onko euro loppujen lopuksi ainoa objektiivinen mittari? Henkilökunta- ja käyntimäärien vertailu ei välttämättä kerro mitään tuloksista, arvioi Kokkonen.

Hän ihmettelee, miksi perusterveydenhuollon arviointiin tarvittavien tietojärjestelmien kehittäminen ei ole edennyt ja miksi siihen ei ole suunnattu voimavaroja. Tietojärjestelmät olisivat välttämättömiä taloudellisen arvioinnin kannalta.

– Jos jotain ei haluta tehdä, olisi se tehtävä näkyväksi ja sanottava miksi ei. Miksi vertailuja ei kannattaisi tehdä? Kun terveydenhuoltoon käytetään todella paljon rahaa, olisi tästä panostuksesta käytettävä joku siivu vaikuttavuuden arviointiin. Mitä käytetyillä voimavaroilla on todella saatu aikaan? Monella muulla alueella panostetaan arviointiin ja tuotekehittelyyn huomattavasti terveydenhuoltoa enemmän.

Taloudellista arviointia tehtävä enemmän

– Tutkimuksen tulisi suuntautua entistä enemmän päättäjien tueksi käytännön vaihtoehtojen puntarointiin. Päätöksenteko pohjautuu usein mielipiteisiin. Kukin ammattiala lähtee omista varsin erilaisista näkökulmistaan. Kokkosen mukaan terveystaloustieteellä on lähtökohtaisesti hyvät edellytykset auttaa päätöksenteossa yhdistämällä terveydenhuollon ja talouden näkökulmat.

– Terveydenhuolto on ollut pitkään vahvojen professioiden kenttä, johon on ollut vaikea tulla sivusta arvioimaan. Kun taloudellista arviointia on tehty maailmalla enemmän, on havaittu että se on ihan legitiimiä meilläkin. Medisiiniseen traditioon ei ole kuulunut että joku toinen tulee tälle alueelle. Eihän juridiikankaan tuominen potilaan oikeuksien muodossa ollut ihan helppoa.

Kokkonen korostaa, että Helsingissä halutaan arvioida terveydenhuoltoa mahdollisimman avoimesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon osaajia on kaupungilla omasta takaa 20 000. Joukkoon mahtuu paljon oman alansa kovan luokan taitajia. Valitettavasti Helsingille tarjotaan monenlaisia tutkimuksia, joissa Helsingin osuutena olisi vain vastikkeetta rahoittaa niitä. Tutkimusta tulisi suunnata enemmän vaikuttavuuden arviointiin. Terveyden ja talouden yhdistäminen ei ole ollut perinteisesti kovin pop.

– Eri sektoreiden tuottamia terveys- ja kustannushyötyjä olisi pystyttävä vertailemaan keskenään samoin kuin sitä, ovatko tuotteet yhteismitallisia. Tämä on asetelman suuri eettinen ongelma. Olisi pystyttävä häivyttämään

”Uusia hoitoja olisi arvioitava samalla tavalla ennen käyttöönottoa kuin lääkkeitäkin arvioidaan.”

epäilykset siitä, että vahvojen erikoisalojen edustajat vain jyräävät heikommat.

– Perinteisiä hoitoja kuten kohdunpoistoja ja polvileikkauksia olisi arvioitava EU-tasolla. Uusia hoitoja olisi arvioitava samalla tavalla ennen käyttöönottoa kuin lääkkeitäkin arvioidaan. Nyt ne vain tulla tupsahtavat, vaikka niitä ei aina edes olisi päätetty ottaa käyttöön. Myös vanhoja hoitoja tulisi arvioida.

Tehokkuuden lisäys on avainkysymys

– Kalleus-hankkeen arviointiraportissa todettiin mielestäni oikeutetusti, että terveydenhuollon tuotannollisen tehokkuuden lisäys ja käytäntöjen tehostaminen on tulevaisuuden avainkysymys eikä palvelutarpeita voi hoitaa rahaa lisäämällä. Samalla rahalla on tarjottava parempaa ja enemmän.

Helsinki on saamassa kustannuksiaan aisoihin, vaikka ne maassa kasvavat alati voimakkaasti. Vaikka Helsinki on edelleen kallein, se on kirinyt eroa maan suurten kaupunkien asukaskohtaiseen keskiarvoon 62 euroa vuodesta 2003 vuoteen 2004. Helsingin ikävakioidut menot ovat asukasta kohden 120 euroa suuremmat kuin muissa suurissa kaupungeissa. Kustannukset ovat reaalisesti laskeneet jo kahtena perättäisenä vuonna.

Kokkosen mukaan vuoden 2004 talousraami oli tiukka ja siinä edellytettiin kustannustason nousu huomioiden viiden prosentin vähennystä. Terveyskeskuksen merkittävimmät säästöt toteutettiin ympärivuorokautisessa hoidossa, jonka osuus säästöistä oli yli kolmasosa. Se merkitsi noin 220 sairaansijan vähennystä.

– Säästöjä saatiin järjestämällä uudelleen hallinto- ja tukipalveluita, psykiatrian päivystystä, supistamalla päiväsairaalatoimintaa, sopeuttamalla hammashuoltoa ja muita ulkopuolisia ostoja ja avustuksia sekä vähentämällä tiloja. Myönteistä kehitystä himmensi HUS:n menojen kasvu 3,9 prosentilla.

– Nyt Helsingin sairaaloiden koko kapasiteetti on saatava tehokkaasti käyttöön. HUS:n johtamisessa näkökulman tulisi suuntautua enemmän kokonaisuuteen. Tämä korostuu tulevaisuudessa suunniteltujen mittavien rakennushankkeiden myötä. Terveysasemaverkoston kehittämisessä on kysymys samasta asiasta. Terveysasemilla on tehokkuutta ja prosessien sujuvuutta kehittäviä hankkeita. Terveyskeskuksella ja HUS:lla on yhteisiä hankkeita, joissa kehitetään päivystystä, monisairaiden vanhusten hoitoa, psykiatriaa ja eräitä tukipalveluja.

Kalleuden vastineeksi korkeatasoista hoitoa

– HYKSissä on monessa asiassa Suomen paras asiantuntemus ja uudet hoitomuodot tulevat usein ensimmäisenä käyttöön siellä, joten on selvää, että tämä nostaa kustannuksia. Potilasvahinkoja on HYKSissä vähän ja sijoitukset ovat kansainvälisissä vertailuissa erittäin hyviä. Ensihoito on kansainvälisesti mitaten korkealaatuista, ja onnettomuuden sattuessa helsinkiläinen on keskimäärin hyvässä asemassa muualla asuviin verrattuna.

– Perusterveydenhuollon palvelutarjonta on runsaampi kuin se on keskimäärin muualla maassa. Meillä on palveluja, joita ei ole muualla, kuten HIV-positiivisten huumeiden käyttäjien palvelukeskus ja muuta maata monipuolisemmat kuntoutuspalvelut kaupungin omassa kuntoutusyksikössä.

– Helsinki on osittain maksumiehenä HYKSin koko maata koskevien erityisvelvoitteiden, kuten opetuksen ja tutkimuksen sekä laajan päivystyksen erityisvalmiuden ylläpidon osalta. Kaikki osapuolet tunnustavat päivystyksen kustannukset korkeiksi. Niihin on puututtava.

Etiikan ja terveen järjen näkökulma

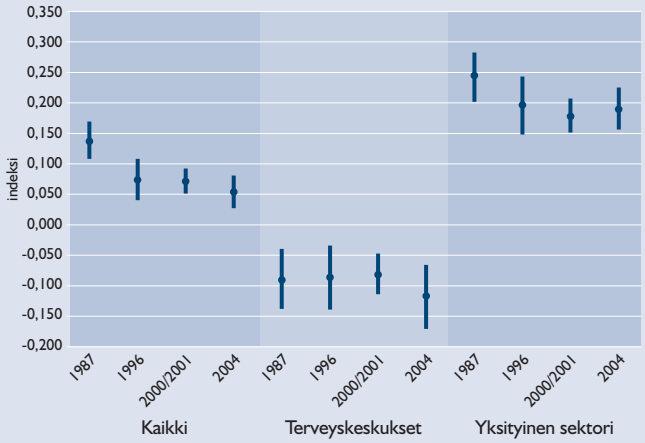
– Suurimpana riskinä terveydenhuoltomme ja suomalaisten terveyden suhteen on luulo, että kaikki ongelmat olisivat ratkaistavissa lääketieteellisin keinoin tai että kaikki ongelmat olisivat lääketieteellisiä. Jatkossa yksilön oma vastuu tulee korostumaan, mutta riskinä on, että heikoimmat jäävät jalkoihin. Erityisesti on huolehdittava syrjäytymisuhan alla olevista, vanhuksista ja mielenterveysongelmaisista.

Kokkonen on Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan ETENE:n puheenjohtaja. ETENE korostaa julkilausumassaan, että arkielämän medikalisaation purkaminen on välttämätöntä. Se edellyttää ihmisiltä lisääntyvää vastuunottoa omasta terveydestään. Medikalisaation purkaminen vapauttaa voimavaroja sellaisten ongelmien ja ihmisten hoitamiseen, jotka vaativat erityistä osaamista ja yhteiskunnan voimavaroja. ■

Lien Nguyen, tutkija, CHESS
Unto Häkkinen, tutkimusprofessori, CHESS

Hammashoitouudistus ei lisännyt tasa-arvoa

Vuonna 2002 toteutettu hammashoitouudistus näyttäisi vähentäneen tuloihin liittyvää eriavoisuutta varsin vähän. Vaikka kokonaiskäytön eriarvoisuuden indeksi on vuonna 2004 hieman pienentynyt, ei muutos ole tilastollisesti merkitsevä. Vuonna 2004 hammaslääkäripalvelujen käyttö painottui terveyskeskuksissa edelleen pienituloisiin ja yksityisellä sektorilla suurituloisiin.



Hammaslääkärissäkäyntien horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksit ja niiden 95 % luottamusvälit sektoreittain vuosina 1987, 1996, 2000/2001 ja 2004.

Palvelujen käytön tuloihin liittyvää eriarvoisuutta on mitattu horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksillä, jossa palvelujen käyttö suhteutetaan sairastavuuden ja ikä- ja sukupuolirakenteen perusteella. Indeksi vaihtelee –1 ja +1 välillä. Jos indeksi on positiivinen (negatiivinen), eriarvoisuus suosii suurituloisia (pienituloisia). Positiivinen indeksi on sitä suurempi, mitä enemmän suurituloiset käyttävät palveluja suhteessa tarpeeseen kuin pientuloiset, ja negatiivinen indeksi on sitä pienempi, mitä enemmän vastaavasti pienituloiset käyttävät palveluja. Indeksin nolla-arvo kuvaa tasa-arvoa palvelujen käytön suhteen.

Jo puolen vuosisadan ajan väestölle on tarjottu julkisin varoin tuettuja, pääasiassa terveyskeskuksien tuottamia suun terveydenhuollon palveluja. Vuodesta 1986 lähtien ryhdyttiin subventoimaan alle 26-vuotiaiden yksityisen sektorin hammaslääkäripalvelujen käyttöä. Kunnalliset hammashoitopalvelut koskivat vuoteen 2000 asti suurimmassa osassa maata alle 45-vuotiaita. Viimeisin vuoden 2002 joulukuussa toteutettu uudistus poisti kaikki ikärajoitukset kunnallisesta hammashoidosta. Samalla yksityisen hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset laajenivat koskemaan koko väestöä. Uudistusten eräänä keskeisenä tavoitteena on ollut väestöryhmien välisen tasa-arvon lisääminen suun terveydenhuollossa.

Stakesin vuonna 2004 toteuttaman väestötutkimuksen perusteella on mahdollista ensi kertaa arvioida vuoden 2002 hammashoitouudistuksen vaikutuksia. Seuraavassa tarkastellaan hammaslääkäripalvelujen käytön muutoksia tuloluokittain ajanjaksona 1987–2004 vertaamalla nyt saatuja tuloksia aikaisemmin samoin periaattein toteutettujen väestötutkimusten tuloksiin vuosilta 1987, 1996 ja 2000.

Suurin muutos jo 1990-luvun alkupuolella

Kun vuonna 1987 yksityisellä sektorilla hammaslääkärissäkäyntejä oli 2,2 kertaa enemmän kuin terveyskeskuksissa, vastaavat luvut vuosina 1996–2004 olivat 1,4–1,5. Vuoden 2002 lopulla toteutetun hammashoitouudistuksen tuomat muutokset ilmenevät hammaslääkärissäkäyntien rakenteessa siten, että terveyskeskuskäyntien osuus on vuosien 1987–2004 välillä kasvanut 30 prosentista 40 prosenttiin ja yksityisen sektorin osuus on laskenut 65 prosentista 55 prosenttiin. Suuri osa tästä muutoksesta tosin tapahtui jo 1990-luvun alkupuolella, jolloin terveyskeskuskäynnit lisääntyivät ja yksityisen sektorin käynnit vähenivät noin kymmenen prosenttia.

Hammaslääkärissäkäynneissä eriarvoisuuden ajalliset muutokset ovat vähäisiä. Hammaslääkärikäyntien kokonaismäärä ja yksityisen sektorin käynnit ovat viime vuosikymmeninä jakautuneet suurituloisia suosivasti ja terveyskeskuskäynnit pienituloisia suosivasti. Suurin väestöryhmien tasa-arvoisuutta edistänyt muutos palvelujen kokonaiskäytössä tapahtui jo 1990-luvun puoliväliin mennessä kun pienituloisille kohdentuneiden terveyskeskuskäyntien suhteellinen osuus kasvoi.

Uudistuksen vaikutus eriarvoisuuteen vähäistä

Viimeisin vuoden 2002 hammashoitouudistus näyttäisi vähentäneen tuloihin liittyvää eriarvoisuutta varsin vähän. Vaikka kokonaiskäytön eriarvoisuuden indeksi on vuonna 2004 hieman pienentynyt, ei muutos ole tilastollisesti merkitsevä. Vuonna 2004 terveyskeskushammaslääkäripalvelujen käyttö painottui edelleen pienituloisiin ja yksityishammaslääkäripalvelujen käyttö suurituloisiin.

OECD:n tutkimuksen mukaan tuloihin liittyvää eriarvoisuutta hammaslääkäripalvelujen käytössä oli vuonna 2000 havaittavissa lähes kaikissa kehittyneissä maissa, eikä Suomi tässä suhteessa juurikaan poikennut muista maista. Suomen vuoden 2002 hammashoitouudistus ei ole muuttanut tilannetta. Kuvatut hammaslääkäripalvelujen käytön sektorikohtaiset ja tuloluokittaiset rakenteet ovat ilmeisesti jääneet pysyviksi. ■

RUG-maksujärjestelmästä apua laitoshoidon ohjaukseen

Vanhusten laitoshoitoon kehitetään täysin uutta maksujärjestelmää, joka perustuu asiakasrakennetta mittaavaan luokitukseen. Maksujärjestelmä tarjoaa kunnille uusia mahdollisuuksia tehostaa vanhustenhuollon sopimusohjausta.

Suomessa ei ole vielä käytössä yhtenäistä järjestelmää vanhuspalvelujen hinnoittelussa ja tuotteistuksessa. Tämä heikentää kuntien mahdollisuuksia kontrolloida kustannuksia, kehittää sopimusohjausta ja tilaaja-tuottaja-malleja. Yhtenäisen maksujärjestelmän puute on hidastanut myös palveluyritysten syntymistä. Tutkimukset osoittavat, että laitoshoitoon tarvitaan uusia työvälineitä, joiden avulla taloudelliset voimavarat voidaan kohdentaa nykyistä tehokkaammin ja oikeudenmukaisemmin (Björkgren 2005). RUG on tähän tarkoitukseen kehitetty asiakasrakenneluokitus. Kansainvälisesti luokitusta käytetään maksujärjestelmissä Yhdysvalloissa, Kanadassa, Sveitsissä, Espanjassa, Islannissa ja Italiassa.

Hoidon vaativuus näkyy kustannuspainoissa

RUG-luokitus kuvaa asiakasrakennetta ja hoidon tuotosta kliinisesti järkevällä tavalla. Hoidon vaikeus- ja kalleustasoa ilmaistaan kustannuspainoilla. Mitä suurempi kerroin, sitä kalliimpaa on hoito. Vuoden 2006 aikana RUG-ryhmille lasketaan yhdenmukaiset hoitopäivähinnat, joita voidaan käyttää vanhuspalvelujen kuntalaskutuksessa. Kunnat voivat hyödyntää maksujärjestelmää hankkiessaan palveluja julkisilta ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Hintaluokkia tulee olemaan noin 30. Hoitopäivän hinta kattaa hoidon kokonaiskustannukset, mutta rakentuu eri kustannuseristä, kuten välittömistä, hallinnollisista ja pääomakustannuksista. Välittömät hoitokustannukset vakioidaan asiakasrakenteella. Maksujärjestelmä ei vaikuta asiakasmaksuihin.

Tavoitteena on luoda kattava maksujärjestelmä, jota voidaan hyödyntää terveyskeskusten vuodeosastohoidossa, vanhainkotihoidossa ja palveluasumisessa. Hoitopäivähinnat pohjautuvat hoidon keskimääräisiin kustannuksiin ja maksujärjestelmässä otetaan huomioon alueiden väliset kalleuserot.

Mahdollistaa vanhustenhuollon kehittämisen

Kunnat voivat käyttää hintataulukkoa sellaisenaan tai tarkentaa sitä omilla päätöksillään, vaihtoehtoisesti myös tarjouskilpailujen kautta. Vanhuspalvelujen sopimusohjaukseen voidaan kytkeä myös hoidon laadun ja tuloksellisuuden seuranta, eli se mitä ennalta sovituilla hinnoilla tuotetaan. RUG on osa laajempaa vanhustenhoidon arviointijärjestelmää (RAI), joka mahdollistaa hoidon laadun ja tuloksellisuuden monipuolisen seurannan. Halutessaan kunnat voisivat soveltaa maksujärjestelmää myös palvelusetelinä.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen näkökulmasta yhtenäinen palvelujen hinnoittelu tarjoaa täysin uusia mahdollisuuksia kehittää vanhustenhuoltoa. Edellytykset uuden maksujärjestelmän kehittämiselle ovat hyvät. Suomessa RUG-luokitusta käytetään tällä hetkellä jo monissa kunnissa asiakasrakenteen ja tuottavuuden mittaamisessa ja se kattaa noin 20 prosenttia pitkäaikaisesta laitoshoidosta. Kotihoitoon on kehitteillä vastaava luokitus. Maksujärjestelmähankkeen tavoitteena on käynnistää laaja kokeiluhanke, jossa uutta vanhustenhuollon maksujärjestelmää ja sopimusohjausmallia sovelletaan käytännössä. Terveystaloustieteen keskus CHESS on aktiivisesti mukana kehittämässä maksujärjestelmää. Vuoden 2006 aikana kerätään kattava kustannusaineisto RUG-hintojen laskemista varten. ■

Lähde: Björkgren M. Hoidon tuotteistus ja hinnoittelu – kansainvälisiä kokemuksia maksujärjestelmistä pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus, Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P (toim.), Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2005.

RUG
Resource Utilization Groups
Pitkäaikaishoidon asiakasrakennetta kuvaava luokitus, jossa asiakkaat ryhmitellään päivittäisen voimavarakäytön perusteella kliinisesti yhdenmukaisiin ryhmiin. RUG-luokitusta on hyödynnetty vuodesta 2000 alkaen Stakesin ja Chydenius-Instituutin RAI-hankkeessa, jolla vertaillaan terveyskeskusten vuodeosasto- ja vanhainkotihoidon yksiköiden tuottavuutta ja laatua.

kuva: Tapio Ruotsalainen

Magnus Björkgren,
FT, projektipäällikkö,
Chydenius-instituutti
– Kokkolan yliopistokeskus
magnus.bjorkgren@chydenius.fi
www.finrai.org

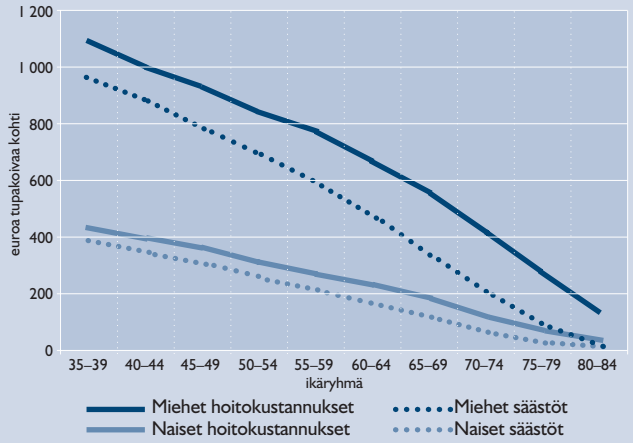
Kirsi Vitikainen, tutkija, CHESS
Markku Pekurinen, tutkimusprofessori, CHESS

Tupakoinnin lopettaminen kannattaa aina myös taloudellisesti

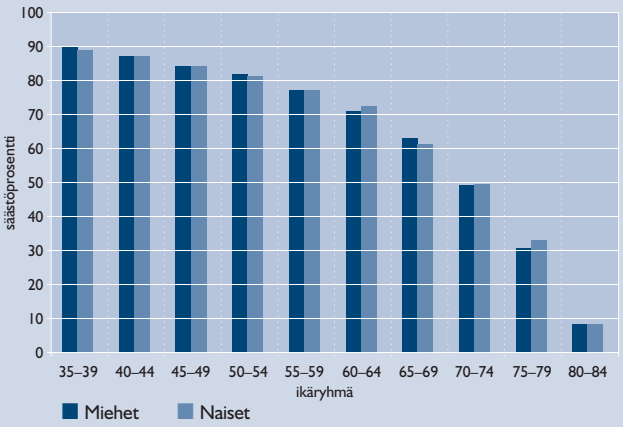
Tupakoinnista aiheutuu lähes 250 miljoonan euron odotetut hoitokustannukset yhteiskunnalle. Tupakoinnin lopettamisella on mahdollista säästää 85 prosenttia tupakkasairauksien hoitokustannuksista. Tieto perustuu CHESSin tutkimukseen, jossa arvioitiin tupakoinnista johtuvia eliniänaikaisia hoitokustannuksia ja tupakoinnin lopettamisella saavutettavia kustannussäästöjä.

Tupakointi lisää riskiä sairastua moniin sairauksiin kuten keuhkosyöpään, sydäninfarktiin ja keuhkoahtaumatautiin. Näiden kolmen sairauden osalta tupakoinnista aiheutuu elinaikaisia odotettuja hoitokustannuksia miehillä noin 140–1 340 euroa ja naisilla 40–640 euroa tupakoivaa kohti ikäryhmästä ja aikaisemmasta tupakoinnin määrästä riippuen (kuvio 1). Näistä hoitokustannuksista voidaan tupakoinnin lopettamisella säästää 8–90 prosenttia (kuvio 2). Suurimmat säästöt syntyvät nuorimmissa ikäryhmissä.

Koko yhteiskunnan tasolla tupakoinnista aiheutuvat odotetut hoitokustannukset nousevat noin 246 miljoonaan euroon, josta miesten osuus on 205 miljoonaa euroa ja naisten osuus 41 miljoonaa euroa. Jos kaikki tupakoitsijat lopettaisivat tupakoinnin, voitaisiin näistä hoitokustannuksista säästää noin 210 miljoonaa euroa (miehillä 175 miljoonaa euroa ja naisilla 35 miljoonaa euroa) eli 85 prosenttia. ■



Kuvio 1. Tupakoinnista johtuvat odotetut eliniänaikaiset hoitokustannukset ja tupakoinnin lopettamisesta syntyvät säästöt tupakoivaa kohti kohtalaisesti tupakoivilla.



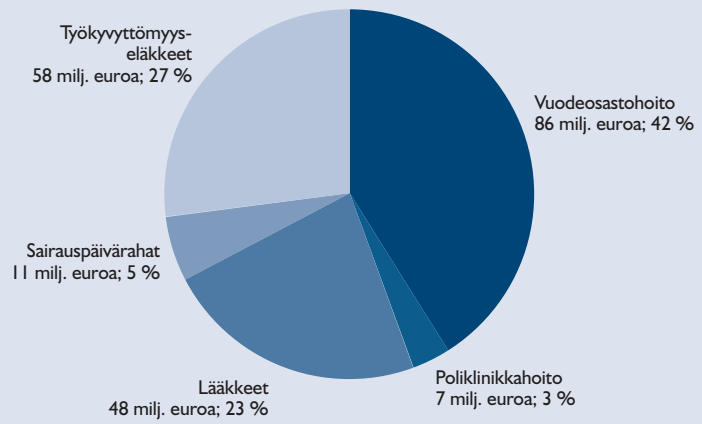
Kuvio 2. Säästö-kustannussuhteet kohtalaisesti tupakoivilla.

Markku Pekurinen, tutkimusprofessori, CHESS

Lihavuus paisuttaa terveysmenoja

Lihavuudesta aiheutui vuonna 2004 terveysmenoja ja sosiaaliturvan menoja arviolta runsaat 210 miljoonaa euroa. Tästä runsaat 140 miljoona euroa oli sairaalahoidosta ja lääkehoidosta johtuvia terveysmenoja ja vajaat 70 miljoonaa sairauspäivärahakorvauksista ja työkyvyttömyyseläkkeistä aiheutuneita sosiaaliturvan menoja (kuvio).

Aivohalvaus, nivelrikko ja tyypin 2 diabetes muodostivat yli puolet lihavuudesta aiheutuneista kokonaismenoista. Lihavuuden osuus tarkastelun kohteena olleista terveydenhuollon kokonaismenoista on noin 2,2 prosenttia ja sosiaaliturvan menoista noin 1,8 prosenttia. ■



Väitös:

Vanhusten laitoshoidon tuottavuutta ja hoidon laatua on arvioitava samanaikaisesti

Korkean tuottavuuden osastoilla hoitokäytäntöjä ja -tuloksia voidaan luonnehtia jossakin määrin passivoiviksi ja ei-kuntouttaviksi. Näillä osastoilla esiintyy tavanomaista enemmän makuuhaavoja, vuoteeseen hoidettavia potilaita, liikkumista estävien välineiden käyttöä ja vähäistä aktiviteetteihin osallistumista.

Tarkastelin väitöskirjatutkimuksessani vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon tuotannollisen tehokkuuden ja hoidon laadun välistä yhteyttä. Tuotannollisella tehokkuudella tarkoitetaan yksikön tuottavuutta (eli tuotos-panos-suhdetta) suhteessa parhaimpaan mahdolliseen tuottavuuteen. Tutkimuksessa arvioitiin myös, mitkä osasto- ja yksilötason tekijät selittävät pitkäaikaishoidossa olevan asiakkaan saamaa hoitoaikaa. Tutkimus toteutettiin osana RAI-hanketta, joka mahdollistaa hoidon laadun ja asiakasrakenteen huomioon ottamisen tuottavuuden mittaamisessa.

Vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon tuottavuus on laskenut vuodesta 2000 vuoteen 2003 noin seitsemän prosenttia. Osastoilla on mahdollista parantaa tuotannollista tehokkuutta noin 20 prosenttia, jos vertailukohteena ovat tehokkaimmat osastot. Tuotannollisen tehokkuuden ja hoidon laadun välillä oli jonkin verran yhteyttä. Osaston korkeaan tuotannolliseen tehokkuuteen vaikuttivat pääasiassa sellaiset laatuindikaattorit, jotka kuvaavat passivoivaa ja ei-kuntouttavaa hoitotyötä tai tällaisen hoitotyön ja -käytännön tuloksia. Laadun yhteys tuotannolliseen tehokkuuteen ei kuitenkaan ole erityisen voimakas. Vanhusten laitoshoidossa on siten mahdollista tuottaa laadukasta hoitoa myös taloudellisesti.

Vuonna 2002 keskimääräinen hoitoaika asiakasta kohden oli 110 minuuttia vuorokaudessa. Hoitoaika on kasvanut noin 20 prosenttia vuodesta 1995 vuoteen 2002. Samalla myös asiakaskohtaisen työn osuus henkilöstön kokonaistyöajasta on noussut 40 prosentista 49 prosenttiin. Kehitys on ollut tällainen osin siksi, että laitoshoidossa olevat vanhukset ovat nykyisin aiempaa huonokuntoisempia. Edelleen puolet työajasta kuluu kuitenkin tehtäviin, jotka eivät kohdennu yksittäiseen asiakkaaseen. Osaston koolla tai muilla organisatorisilla ja toimintaympäristöön liittyvillä tekijöillä ei ole juurikaan yhteyttä asiakkaiden saamaan hoitoaikaan.

Ikääntyneiden laitoshoidon ongelmat eivät ratkea vain lisäämällä henkilöstön määrää, parantamalla tuottavuutta tai vain kritisoimalla hoidon laatua. Tuottavuuden kohentaminen ja henkilöstömitoituksen parantaminen ovat jossakin määrin ristiriitaisia tavoitteita. Henkilöstömäärän lisäys alentaa tuottavuutta, jos muut tekijät pysyvät muuttumattomina. Yksiköiden välisiä tehokkuuseroja voidaan supistaa esimerkiksi henkilöstön tarkemmalla sijoittelulla suhteessa asiakkaan hoidon tarpeeseen. Laitoshoidossa kannustin- ja palkitsemisjärjestelmät tulee rakentaa sellaisiksi, että ne perustuvat taloudellisen suoriutumisen lisäksi ennen kaikkea hoidon laatuun. ■

Lähde: Laatua ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Juha Laine. Stakes, Tutkimuksia 151. Helsinki 2005. Lisätietoja: erikoistutkija Juha Laine (09) 3967 2303, juha.laine@stakes.fi; http://www.stakes.fi/finrai, http://www.stakes.fi/chess

kuva: Marianna Savolainen

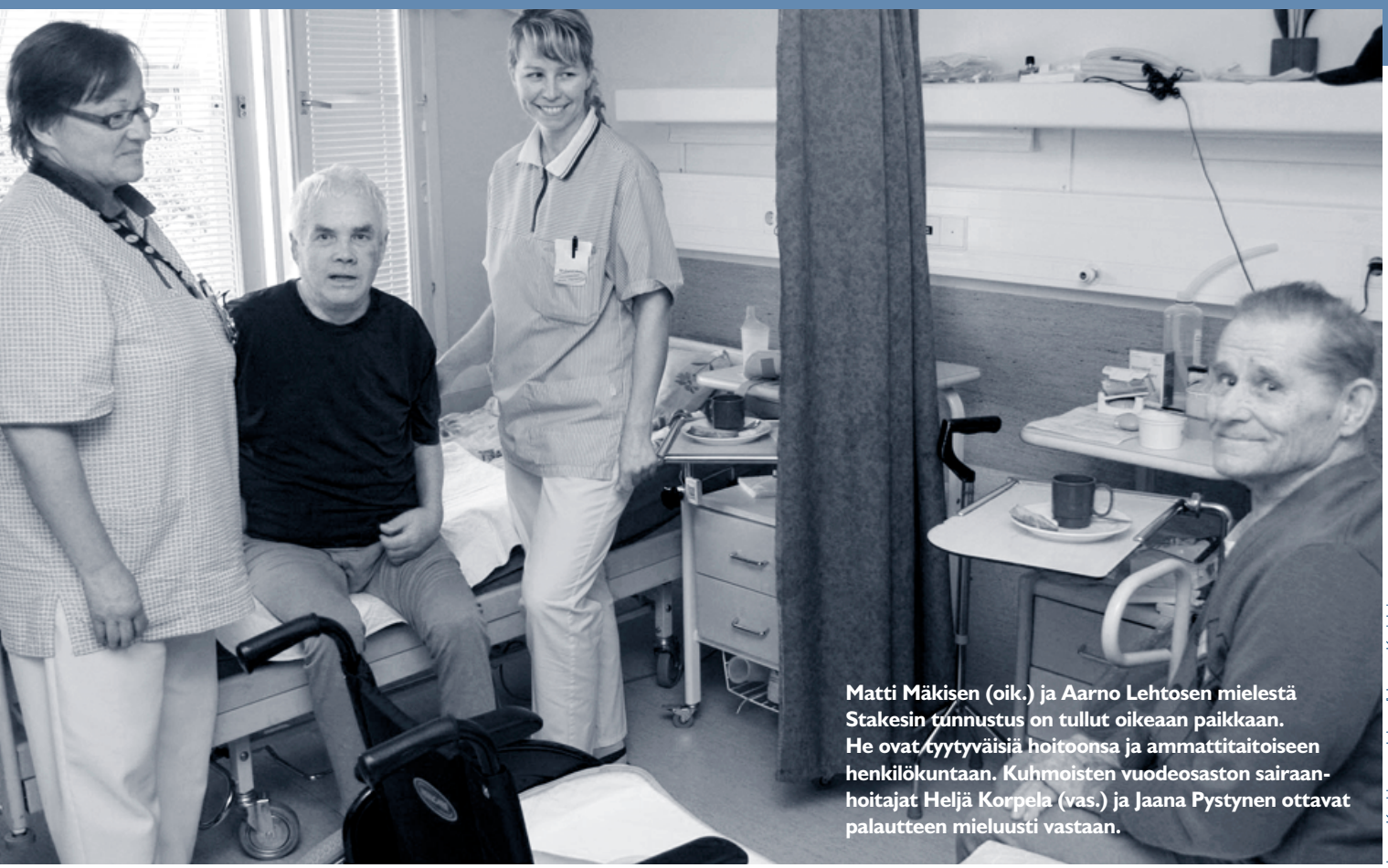
Juha Laine,
erikoistutkija, CHESS

Tulokset perustuvat laskelmiin, joissa otettiin huomioon tarkasteltavina olleiden sairauksien eliniänaikaiset hoitokustannukset, elossaolotodennäköisyydet kussakin mahdollisessa sairastumisiässä tupakointistatuksesta riippumatta sekä tupakoimattomien ja tupakoivien/tupakoinnin lopettaneiden suhteelliset sairastumisriskit kuhunkin sairauteen kussakin iässä. Sairauksien hoitokustannukset arvioitiin hoitoprosessikuvausten perusteella sairastumishetkestä potilaan kuolemaan.

Tutkimuksesta ilmestyy julkaisu
Kirsi Vitikainen, Markku Pekurinen, Urpo Kiiskinen: Kannattaako tupakoinnin lopettaminen? Tupakoinnista aiheutuvien hoitokustannusten ja tupakoinnin lopettamisesta syntyvien säästöjen arviointia.

Kirsi Vitikainen,
tutkija, CHESS

Lähde:
Markku Pekurinen,
Lihavuus, terveysmenot ja sosiaaliturva Suomessa 2004.
Esitelmä Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian konsensuskokouksessa 2005:
"Lihavuus – painavaa asiaa painosta",
24.–26.10.2005
Hanasaaren kulttuurikeskus, Espoo



Matti Mäkisen (oik.) ja Aarno Lehtosen mielestä Stakesin tunnustus on tullut oikeaan paikkaan. He ovat tyytyväisiä hoitoonsa ja ammattitaitoiseen henkilökuntaan. Kuhmoisten vuodeosaston sairaanhoitajat Heljä Korpela (vas.) ja Jaana Pystynen ottavat palautteen mieluusti vastaan.

kuva: Keskisuomalainen/Hannu Karjalainen

Kuhmoisten vuodeosastolle
kunniakirja hyvistä hoitokäytännöistä

Kuhmoisten terveysaseman vuodeosasto on palkittu parhaista hoitokäytännöistä Stakesin RAI-hankkeen 270 osaston vertailussa, jossa arvioitiin hoidon laatua, asiakasrakennetta, henkilöstömitoitusta ja tuottavuutta. Palkitsemisen tavoitteena on nostaa esille hyviä pitkäaikaishoidon hoitokäytäntöjä, joita vertailukehittämisellä tavoitellaan.

Anja Noro, erikoistutkija,
CHESS, RAI-hankkeen
projektipäällikkö

Palkitsemista varten RAI-hankkeessa arvioitiin 270 osaston toimintaa syksyn 2004 tietojen perusteella. Tärkeimpänä painotettiin hoidon laatua, etenkin kuntoutumista edistävän hoitotyön näkökulmasta. Hoidon laatua tarkasteltiin 22 eri laatuindikaattorin avulla. Arvioinnin perusteina oli kuinka monella indikaattorilla osasto sijoittui osastojen parhaaseen viidennekseen, huonoimpaan viidennekseen ja kuinka usein osasto oli muiden samankaltaisten osastojen keskiarvoa parempi. Lisäksi arvioitiin kuinka pysyviä osaston tulokset olivat hankkeeseen osallistumisaikana. Osastojen tietojen luotettavuutta arvioitiin vertailemalla kuinka kattavasti käytössä olevat tiedot kuvasivat osastojen toimintaa.

Kun sijoitus hoidon laadun perusteella oli varmistettu, tarkasteltiin vielä osaston asiakasrakennetta, henkilöstömitoitusta ja tuottavuutta. Voittajaksi oli ehdolla kuusi osastoa, joista lopullinen valinta tehtiin. Kunniakirja toiminnasta luovutettiin RAI-hankkeen seminaarissa 28.9.2005 Helsingissä yhdelle Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän Kuhmoisten terveysaseman osastolle. Sanomalehti Keskisuomalainen uutisoi voittajaosastosta näyttävästi 30.9.2005. Jutun mukaan palkitut itsekin kokevat tekevänsä hyvää työtä. ■

RAI-hanke on ollut käynnissä vuodesta 2000 alkaen. Hankkeeseen osallistuu yksityisiä ja julkisia palveluta-loja ja vanhainkoteja sekä terveyskeskusten vuodeosastoja. Suomen pitkäaikaishoidon asiakkaista noin 20 prosenttia on hankkeen piirissä. Tietolähteinä vertailukehittämishankkeessa käytetään RAI (Resident Assessment Instrument) arviointitietoja asiakkaista sekä osastoilta koottuja henkilöstö-, toiminta ja taloustietoja.
Lisätietoja osoitteesta www.stakes.fi/finrai.

Lonkkamurtuman hoitoketjun arviointi kehittyy

PERFECT Lonkkamurtuma -hankkeen tavoitteena on yhdistää potilaiden hoitoketjujen ja kustannusten seuranta osaksi rekisteripohjaista arviointijärjestelmää, joka tuottaa säännöllisin väliajoin systemaattista vertailutietoa alueellisista hoitokäytännöistä. Lonkkamurtumapotilaiden koko hoitoketjun vaikuttavuuden arviointi antaa samalla kuvan ikääntyneiden palvelujärjestelmän toimivuudesta yleensä.

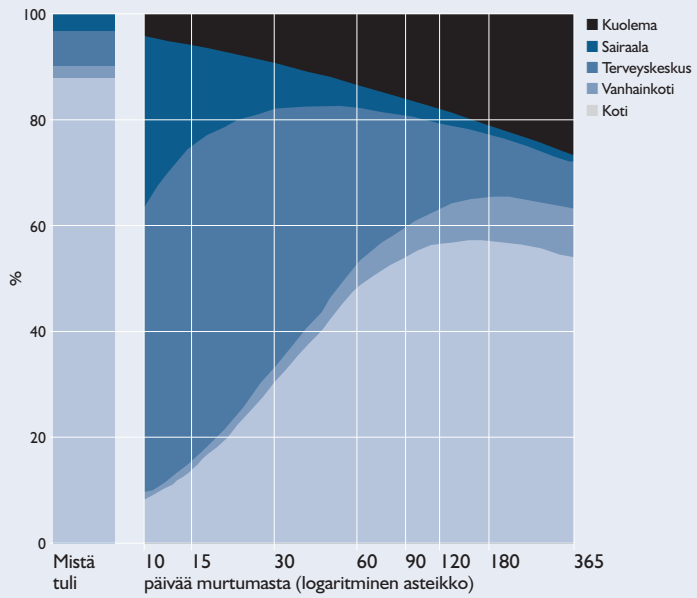
Väestön ikääntyessä lonkkamurtumat ovat merkittävimpiä terveydenhuollon haasteita. Vuonna 2003 lonkkamurtuman takia sairaalahoidossa oli noin 7 700 henkilöä ja uusia lonkkamurtumia oli noin 6 100. Lonkkamurtuman jälkeisen vuoden aikana yksittäisen potilaan hoidon kustannukset ovat noin 14 000 euroa (mediaani), josta itse murtumasta aiheutuvien kustannusten osuus on puolet.

Lonkkamurtumien ehkäisemiseksi ja hoidon tehostamiseksi tarvitaan luotettavia tietoja murtumien määrästä ja hoitokäytännöistä alueittain. Systemaattinen vertailutieto luo osaltaan tietopohjan hoidon kehittämiselle, hyvien toimintamallien löytämiselle ja tarjoaa mahdollisuuden optimoida lonkkamurtumapotilaiden kokonaishoitoa.

Rekisterit lähteenä

PERFECT Lonkkamurtuma -hanke on jatkoa aikaisemmalle projektille, jossa on menetelmälähtöisesti tutkittu rekisteritietojen hyödyntämistä lonkkamurtuman hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa. Hoitoketjut muodostetaan rekistereistä luotettavasti löytyvien palvelujen käyttötietojen ja kuolemien perusteella. Nämä kuvastavat välillisesti muutoksia myös potilaiden terveydentilassa.

Rekistereihin perustuvia hoitoketjukuvauksia käyttäen tuotetaan tietoa lonkkamurtuman ilmaantuvuudesta ja akuuttihoidosta kattaen toimenpiteet, odotusajan, leikkauksen sekä sairaalahoidon keston. Vaikuttavuutta arvioidaan kuolleisuuden, murtumaa edeltävälle hoidon portaalle palaamisen, pitkäaikaishoitoon siirtymisen sekä uusintakäyntien perusteella (kuvio). Hoitoketjun yksityiskohtia analysoimalla voidaan laskea koko hoitoketjun kustannukset ja pystytään jopa esittämään arvioita lonkkamurtumapotilaiden elämänlaadusta väestötasolla. Rekisteriaineistoista näyttäisi olevan, niiden rajoitteista huolimatta, mahdollista tuottaa yllättävänkin monipuolista ja käytännön kannalta hyödyllistä vaikuttavuustietoa. ■



Potilaiden osuudet hoidon eri portailla lonkkamurtuman jälkeen, kotona ennen murtumaa asuneet 65-vuotiaat tai vanhemmat, koko maa 1998–2001.

Lonkkamurtuma-hanke on osa yliopistosairaanhoitopiirien, CHESSin ja Kelan PERFECT-hanketta, jossa arvioidaan hoidon kustannusvaikuttavuutta ja etsitään parhaita hoidon järjestämistapoja seitsemässä osahankkeessa. Hankkeita ovat aivohalvaus, keskoset, rintasyöpä, skitsofrenia, sydäninfarkti, tekonivelkirurgia ja lonkkamurtumat.

Reijo Sund,
tilastotieteilijä,
Vaikuttavuuden ja oikeudenmukaisuuden tutkimusryhmä, Stakes

Mäntän sairaalalle palkinto hyvästä tuottavuudesta

Stakesin ennakkotietojen mukaan Mäntän sairaala oli vuonna 2004 Suomen aluesairaaloista tuottavin. Tästä hyvästä Pirkanmaan sairaanhoitopiiri palkitsi kaikki Mäntän terveydenhuoltoalueen työntekijät. Tuottavuuden paraneminen johtuu monista toiminnan rationalisointi- ja kehittämistoimista, joita terveydenhuoltoalueella on tehty neljän viimeisen vuoden aikana.

Mäntän seudulla käynnistettiin vuoden 2002 alusta Suomessa täysin uudenlainen terveydenhuollon palvelujen järjestämismalli, terveydenhuoltoalue, jossa Pirkanmaan sairaanhoitopiiri vastaa kaikkien terveyspalvelujen järjestämisestä alueen asukkaille. Terveydenhuoltoalueen toiminnallisena tavoitteena oli muodostaa perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta kokonaisuus, jossa päällekkäisyydet on poistettu. Tavoitteena oli uuden toimintamallin avulla parantaa terveydenhuollon tehokkuutta ja toimivuutta sekä alentaa kustannuksia merkittävästi.

Mäntän seudun terveydenhuoltoalue luotiin vuonna 2001 tilanteessa, jossa alueen terveysmenot olivat Pirkanmaan korkeimmat ja Kuorevesi oli irtautumassa Mäntän, Vilppulan ja Kuoreveden yhteisestä perusterveydenhuollon kuntayhtymästä. Myös Mäntän aluesairaalan toiminta oli vaikeuksissa erityisesti lääkäripulan ja korkeiden tuotantokustannusten vuoksi.

kuva: Timo Hujanen

Maijaliisa Junnila, vs. johtaja, Alue- ja kuntapalvelut, Stakes

Mäntän ja Vilppulan kustannukset laskussa

Terveydenhuoltoalueen perustamiseen liittyi päätös sen toimivuuden arvioinnista kolmen ensimmäisen toimintavuoden jälkeen. Selvityksen perusteella Mäntän ja Vilppulan kunnat ovat taloudellisesti hyötyneet terveydenhuoltoalueen perustamisesta. Niiden menot ovat kääntyneet laskuun, vaikka muualla maassa ja myös Pirkanmaalla menot ovat nousseet.

Terveydenhuollon tarvevakioidut menot asukasta kohti ovat vuosien 2001–2003 aikana laskeneet Mäntässä viisi ja Vilppulassa yhden prosentin. Samanaikaisesti terveydenhuollon reaalimenot ovat kasvaneet Pirkanmaalla seitsemän prosenttia. Myös koko maassa menot kasvoivat tuona ajanjaksona seitsemän prosenttia.

Stakesin tutkimuksen mukaan Mäntän ja Vilppulan terveydenhuoltomenot suhteessa väestön tarpeisiin ovat kohtuullisella tasolla ja terveydenhuoltoalueen perustamisen yhteydessä tavoitteeksi asetetulla tasolla. Menot ovat kuitenkin vielä kuntien talouden kannalta korkeat.

Mänttäläiset ja vilppulalaiset käyttävät edelleen hyvin runsaasti terveyspalveluja, mutta silti he haluavat palveluita nykyistä enemmän.

Saumaton kokonaisuus vaatii vielä ponnisteluja

Mäntän seudun terveydenhuoltoalue on edennyt nopeasti asetettuja tavoitteita kohti. Rakenteelliset järjestelyt päällekkäisyyksien poistamiseksi ovat suurelta osin valmiit, ja palvelujen sisältöä ollaan nyt kehittämässä. Toiminnalliset muutokset ja sairaansijojen määrää koskevat muutokset on tehty, mutta henkilöstömäärää ei ole sopeutettu toiminnan tasolle. Palvelujen taloudellinen järjestäminen edellyttää kuitenkin henkilöstömäärän kriittistä tarkastelua.

Tutkimuksen perusteella olisi perusteltua harkita vanhustenhuollon ottamista osaksi terveydenhuoltoalueen toimintaa. Näin siksi, että terveydenhuoltoa ja vanhustenhuoltoa on vaikea suunnitella ja mitoittaa erikseen, koska suurin osa terveydenhuollon palveluista kohdistuu ikäihmisiin. Tähän suuntaan ollaan terveydenhuoltoalueella jo edetty.

Kolme vuotta on lyhyt aika toteuttaa näin merkittävä muutos. Väestö on joutunut totuttelemaan palvelujen uuteen järjestämistapaan, ja henkilöstö on saanut sopeutua hyvin moniin työtään koskeviin muutoksiin.

Terveydenhuoltoalue on kokonaan uusi tapa järjestää palveluja. Mäntän seudulla perusterveydenhuolto ja paikallinen erikoissairaanhoito muodostavat saumattoman kokonaisuuden, joka toimii osana Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä. Nyt on luotu toimivat rakenteet tarjota terveydenhuollon palveluja Ylä-Pirkanmaan kunnille laajemminkin. ■

CHESSin uusimpia julkaisuja

Finne-Soveri H, Noro A. Painehaavojen ehkäiseminen ympärivuorokautisessa hoidossa Suomessa – huima haaste henkilökunnalle. Teoksessa Haavahoidon vuosikymmen. Suomen haavahoitoyhdistys ry julkaisusarja nro 2. Nykypaino Oy, Helsinki 2005, 215–221.

Hujanen T. 2005. Haavanhoito tarvitsee tuekseen taloudellista arviointia. Teoksessa Haavahoidon vuosikymmen. Suomen haavahoitoyhdistys ry julkaisusarja nro 2. Nykypaino Oy, Helsinki 2005, 201–205.

Häkkinen U. The impact of changes in Finland's health care system. Health Economics 2005, 14(S1), 101–118.

Klavus J, Linna M. Kansainväliset terveydenhuoltomenot – vertaillaanko määriä vai hintoja. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2/2005, 145–152.

Klavus J, Pekurinen M, Järvelin J, Mikkola H. Sairausvakuutus terveydenhuollon rahoitusmuotona. Kansantaloudellinen aikakauskirja 3/2005, 314–327.

Laine J. Laatua ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Stakes, Tutkimuksia 151. Helsinki 2005.

Laine J. Laatua vai tuottavuutta vanhusten laitoshoitoon? Sosiaaliturva 2005, 15, 6–8.

Laine J. Vanhusten laitoshoidon laatu ja tuotannollinen tehokkuus. Yhteiskuntapolitiikka 2005, 4, 456–459.

Laine J. Vanhusten laitoshoidon tuottavuutta parannettaessa myös laatua seurattava. Sairaalalehti 2005, 7, 38–39.

Laine J, Noro A, Finne-Soveri H, Häkkinen U. Patient – and ward-level determinants of nursing time in nursing facilities. Journal of Health Service Research & Policy 2005, 10(4), 226–231.

Nguyen L, Häkkinen U. Income-related inequality in the use of dental services in Finland. Applied Health Economics and Health Policy 2005, 3(4), 251–262.

Nguyen L, Häkkinen U, Rosenqvist G. Determinants of Dental Service Utilization among Adults - The Case of Finland. Health Care Management Science 2005, 8, 335-345.

Pekurinen M. Ihastunut Maijaan. Dialogi 2005, 4, 17.

Pekurinen M. Pientä ja värikästä. Dialogi 2005, 6, 19.

Pekurinen M. The impact and achievements of the health sector development programme in Mongolia. Kirjassa Aaltonen U, Mannila S (toim.). What Are We Doing There? Experiences and lessons learned from development cooperation in health care and social welfare. Stakes. Gummerus Kirjapaino, Saarijärvi 2005, 156–168.

Snellman E, Pekurinen M. Erityisen kalliit ja vaativat hoidot. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:18. Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.

Sund R, Liski A. Quality effects of operative delay on mortality in hip fracture treatment. Quality & Safety in Health Care 2005, 14, 371–377.

Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P. (toim.)

Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä.
Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2005.

Raportti sisältää useita ajankohtaisia artikkeleita ikääntyneiden laitoshoidosta, muun muassa:

- *Finne-Soveri H, Björgren M, Noro A, Vähäkangas P.* RAI-järjestelmä ja vertailukehittämishanke. RAI-järjestelmän esittely, 22–26.
- *Finne-Soveri H.* Hoidon laatu pitkäaikaisessa laitoshoidossa, 64–116.
- *Finne-Soveri H.* Kustaankartanon haavatyöryhmä. Painehaavojen vähentäminen, 175–180.
- *Itkonen T, Finne-Soveri H, Noro A.* Ravitsemuksen seuranta pitkäaikaisessa laitoshoidossa, 180–190.
- *Laine J.* Henkilöstö ja työvoiman käyttö pitkäaikaishoidossa, 117–126.
- *Laine J.* Pitkäaikaishoidon tuottavuus ja taloudellinen arviointi, 127–135.
- *Noro A.* Asiakasrakenne pitkäaikaisessa laitoshoidossa, 47–62.
- *Noro A.* Vertailukehittämishanke, 27–34.
- *Vähäkangas P, Lindman K, Uusitalo K.* Laitoshoidossa olevan asiakkaan hoidon suunnittelu, 148–156.

Lukuvinkkejä!

Vuonna 2005 on ilmestynyt kaksi merkittävää kansainvälisen aikakauslehden teemanumeroa, jotka sisältävät uutta tietoa terveydenhuollon uudistuksista. Julkaisuissa on artikkelit myös Suomen terveydenhuollosta.

Keväällä 2005 ilmestyneessä *Journal of Health Politics, Policy and Law* -aikakauskirjan (2005 vol 30, 1–2) teemanumeron artikkeleissa selitetään terveydenhuollon uudistuksia ja muutoksia poliittisina, institutionaalisiin rakenteisiin kytkeytyvinä ilmiöinä. Unto Häkkisen ja Juhani Lehdon artikkeli on "Reform, Change and Continuity in Finnish Health Care".

Syksyllä 2005 ilmestyneessä *Health Economics*-aikakauskirjan (2005 vol 14, S1) teemanumerossa arvioidaan EU-maiden terveydenhuollon uudistusten vaikutuksia. Aikakauskirjassa on Unto Häkkisen artikkeli "The impacts of changes in Finland's health care system".

Tulossa

Ruotsin terveystaloustieteellinen tutkimus kansainvälisen arvioinnin kohteena

Ruotsin työelämän- ja sosiaalitutkimuksen neuvosto (Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap) on nimittänyt kansainvälisen asiantuntijaryhmän arvioimaan Ruotsissa tehtävää terveystaloustieteellistä tutkimusta. Suomesta asiantuntijaryhmään kuuluu tutkimusprofessori Unto Häkkinen. Arviointi valmistuu keväällä 2006.

Suomen terveydenhuolto OECD:n arvioimana

Sosiaali-ja terveysministeriö pyysi noin vuosi sitten OECD:n arvioimaan Suomen terveydenhuoltoa. Arviointi on valmistumassa ja se julkaistaan viikolla 49.

Uusia kirjoja

Juha Laine
Laatua ja tuotannollista tehokkuutta?
Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta

ISBN 951-33-1777-3, tilausnro T151
2005, 146 s., 28 €

Anja Noro, Harriet Finne-Soveri, Magnus Björkgren, Pia Vähäkangas (toim.)
Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä

ISBN 951-33-1772-2, tilausnro M205
2005, 214 s., 27 €

Julkaisumyynti
Stakes/julkaisut
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308
faksi: (09) 3967 2450
internet: www.stakes.fi

15. Terveystaloustieteen päivä

Terveystaloustieteen Seura ry järjestää Helsingissä perjantaina 3. helmikuuta 2006 Terveystaloustieteen päivän, jonka aiheena on

Suomen terveydenhuolto kansainvälisessä vertailussa

Pääteemaa koskevien esitysten lisäksi seminaarissa esitellään uusinta suomalaista terveystaloustieteellistä tutkimusta. Tilaisuus on tarkoitettu kaikille terveystaloustieteestä kiinnostuneille. Päivän yhteydessä jaetaan tunnustuspalkinto parhaalle koti- tai ulkomaisessa tieteellisessä aikauslehdessä 2004–2005 julkaistulle suomalaiselle artikkelille.

Ilmoittautumisohjeet saatavissa joulukuussa Terveystaloustieteen Seuran nettisivuilta www.ttts.net.

CHESSIN YHTEYSTIEDOT

Henkilökohtaiset sähköpostiosoitteet: etunimi.sukunimi@stakes.fi

Ryhmäpäällikkö **Markku Pekurinen**, dos., DPhil
tutkimusprofessori, (09) 3967 2630; 050 367 0841

Ryhmän sihteeri **Eija Utriainen**, KM, erh
suunnittelija, (09) 3967 2629; 050 339 9502

Harriet Finne-Soveri, LT, geriatrian erikoislääkäri
erikoistutkija, (09) 3967 2299

Timo Hujanen, TtM (terveystaloustiede), esh
tutkija, (09) 3967 2656

Unto Häkkinen, dos., FT, MSc (Health Economics)
tutkimusprofessori, (09) 3967 2327; 050 358 1141

Tarja Itkonen, TtM (hoitotiede)
palvelupäällikkö, (09) 3967 2249

Maijaliisa Junnila, TtM
vs. johtaja, (09) 3967 2631; 050 367 0842

Iiris Juvonen, VM, datanomi
atk-suunnittelija, (09) 3967 2305

Jutta Järvelin, LL, MSc (Health Economics)
tutkija, (09) 3967 2254

Tuomo Karhunen, tradenomi
taloussihteeri, (09) 3967 2289

Satu Kerppilä, VTK, datanomi
atk-suunnittelija, (09) 3967 2262

Jan Klavus, dos., VTT (kansantaloustiede)
tutkimuspäällikkö, puh (09) 3967 2634; 050 468 6918

Juha Laine, FT (terveystaloustiede)
erikoistutkija, (09) 3967 2303

Kaija Lindman, esh
projektisuunnittelija, (09) 3967 2310

Miika Linna, dos., TkT
kehittämispäällikkö, (09) 3967 2295; 050 325 9678

Antti Liski, FM
atk-suunnittelija, (09) 3967 2267

Hennamari Mikkola, KTT (kansantaloustiede)
erikoistutkija, (09) 3967 2267; 050 468 6911

Päivi Muranen, sosionomi
projektisihteeri, (09) 3967 2435

Lien Nguyen, VTM (kansantaloustiede)
tutkija, (09) 3967 2466

Anja Noro, THT
erikoistutkija, (09) 3967 2253; 040 545 2276

Mikko Peltola, VTM (kansantaloustiede)
atk-suunnittelija/tutkija, (09) 3967 2458

Gunnar Rosenqvist, tilastotieteen professori
tilastotieteen asiantuntija, (09) 3967 2280

Mirja Savo, FM
atk-suunnittelija, (09) 3967 2607

Marianna Savolainen, HSO
projektisihteeri, (09) 3967 2435, vv. –17.12.2005

CHESS ONLINE
ISSN 1459-2339

CHESS ONLINE-lehtien verkkoversiot:
www.stakes.fi/chess/chessonline.htm

Julkaisija
Sosiaali- ja terveysalan
tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes
Terveystaloustieteen keskus CHESS
Lintulahdenkuja 4, PL 220, 00531 Helsinki
puh. (09) 396 71
www.stakes.fi/chess

Päätoimittaja
Timo Hujanen, CHESS

Taitto ja layout
Workshop Pälviä Oy / Heikki Pälviä

Paino
Reprotalo Lauttasaari Oy
Painos 2 000 kpl