

MARKKU PEKURINEN, OUTI RÄIKKÖNEN, TUIJA LEINONEN

Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2289-2 (nid.)

ISSN 1236-0740 (nid.)

ISBN 978-951-33-2290-8 (PDF)

ISSN 1795-8210 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy

Helsinki 2008

Saatteeksi

Sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun kehittäminen tarvitsee perustakseen tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä, toteutuneen palvelun laadusta sekä tavoiteltavasta laatusastasta. Eri tasoilla esitetty tieto (valtakunnan taso, aluetaso, kuntataso, organisaatiotaso, yksilötaso) on päätöksenteon, johtamisen ja toiminnan kehittämisen raaka-ainetta ja antaa hyvät mahdollisuudet vertailukehittämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa KASTE-ohjelmassa vuosille 2008–2011 samoin kuin hallitusohjelmassa, politiikkaohjelmissa sekä eri strategioissa, muun muassa Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015, on asetettu tavoitteita väestön hyvinvoinnille ja terveydelle sekä sovittu toimenpiteet, joilla tavoitteisiin pyritään. Stakezilla on keskeinen rooli valtakunnallisen sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun seurantajärjestelmän kehittämisessä, ylläpidoissa ja raportoinnissa sekä toisaalta hyvien toimintamallien kehittäjänä, kokoajana ja välittäjänä.

Tämän julkaisun tarkoituksena on koota olemassa olevista tilastoista, tietojärjestelmistä sekä erillisistä tiedonkeruista sosiaali- ja terveydenhuollon laadun seurantatietoa mahdollisimman kattavasti. Katsaus antaa kuvan siitä, mistä saatavaa tietoa ja millaista vertailutietoa on tällä hetkellä saatavissa. Toisaalta katsaus osoittaa myös tiedon katvealueet.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu jäsentyy tässä katsauksessa sekä keskeisten laadun ulottuvuuksien että eri väestöryhmien palvelujen laadun näkökulmasta. Keskeisinä laadun ulottuvuuksina tarkastellaan tässä korkeatasoista osaamista, palveluiden saatavuutta (tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, oikea-aikaisuus), asiakastyytyvää, turvallisuutta ja tehokkuutta (kustannustehokkuus, vaikuttavuus). Eri väestöryhmien palvelujen laatua tarkastellaan ikäryhmälähtöisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta koostuu neljästä elementistä: panokset, tuotantoprosessi, tuotokset ja vaikuttavuus. Yhteiskunta varaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon tietyt voimavarat, toiminnassa käytettävät panokset. Käytettyjä panoksia mitataan tavallisesti yhteismitallisesti kustannuksilla, voimavarojen rahassa mitatulla arvolla. Toiminta- tai tuotantoprosessissa voimavaroja yhdistellään ja muunnetaan toiminnan tuotokseksi.

Laadukas ja korkeatasoinen sosiaali- ja terveydenhuolto on palvelua ja hoitoa, jossa ominaisuudet vastaavat vaatimuksia ja tämänhetkistä tietotasoa ja toiminta on suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin. Palvelu ja hoito täyttävät ne odotukset, jotka kohdistuvat kansalaisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen. Uudessa hallitusohjelmassa korostetaan muun muassa palvelujärjestelmän laadun, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantamista.

Sosiaali- ja terveydenhuolto perustuu lakeihin ja asetuksiin ja lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavat monet suositukset, oppaat, käypä hoito- ja hyvät käytännöt -suositukset. Nämä asiakirjat kohdentavat valtakunnan tason laadun seurantaa ja kehittämistä.

Tämä raportti on ensimmäinen tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun. Tavoitteena on tehdä näkyväksi alan toimijoille palvelujärjestelmästä tällä hetkellä saatava tieto, jota voidaan käyttää hyväksi eri tasoilla toimintaa kehitettäessä. Tavoitteena on jalostaa katsausta edelleen niin, että sitä julkaistaisiin säännöllisesti esimerkiksi joka toinen vuosi. Merkittävänä haasteena on saada kerättyä vertailutietoa eri palvelujen vaikuttavuudesta. Tällä hetkellä tiedämme liian vähän palvelujen hyvinvointivaikutuksista.

Tämä raportti on tarkoitettu sosiaali- ja terveysalan toimijoille. Vertailutiedon tuominen myös kansalaisille läpinäkyväksi on yksi tulevista haasteista. Siihen pureudutaan hallitusohjelman mukaiseen Innovaatio-ohjelmaan sisältyvässä Palveluvaaka-hankkeessa, jota STM johtaa ja jonka kotipesä tulee olemaan Stakesissa.

Tekijät

Tiivistelmä

Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakes, Raportteja 38/2008. 159 sivua, hinta 24 €. Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2289-2

Sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun kehittäminen tarvitsee perustakseen tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä, toteutuneen palvelun laadusta sekä tavoiteltavasta laatutasosta. Eri tasoilla esitetty tieto (valtakunnan taso, aluetaso, kuntataso, organisaatiotaso, yksilötaso) on päätöksenteon, johtamisen ja toiminnan kehittämisen raaka-ainetta ja antaa hyvät mahdollisuudet vertailukehittämiseen. Stakesilla on keskeinen rooli valtakunnallisen sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun seurantajärjestelmän kehittämisessä, ylläpidoissa ja raportoinnissa sekä toisaalta hyvien toimintamallien kehittäjänä, kokoajana ja välittäjänä. Tämän julkaisun tarkoituksena on koota olemassa olevista tilastoista, tietojärjestelmistä sekä erillisistä tiedonkeruista sosiaali- ja terveydenhuollon laadun seurantatietoa mahdollisimman kattavasti. Katsaus antaa kuvan siitä, mistä palveluista ja millaista vertailutietoa on tällä hetkellä saatavissa. Katsaus osoittaa myös tiedon katvealueet.

Ikääntyneiden palveluista, lasten ja nuorten ehkäisevistä palveluista ja päihdepalveluista on saatavissa runsaasti vertailukelpoista tietoa laadusta, tuottavuudesta ja henkilöstöstä. Tuloksellisesta tuottavuuden seurannasta ja toiminnan kehittämisestä on esimerkkinä Suun terveydenhuollon benchmarking -hanke, jossa mukana olleet terveyskeskukset ovat pystyneet kehittämään hoitoprosessejaan ja työnjakoaan tarkoituksenmukaisella tavalla.

Hoidon saatavuudessa ja oikea-aikaisuudessa on vielä ajoittaisia tai jatkuvia ongelmia hoitotakuusta huolimatta. Sairaanhoidon kustannukset nousevat jatkuvasti ja sairaaloiden välillä on edelleen tuottavuuseroja. Terveyskeskusten kustannuskehitys noudattaa sairaaloiden kehitystä, mutta tuottavuusmittauksessa joudutaan tietojen puutteen vuoksi pysyttelemään vielä karkealla tasolla. Toiminnan laadusta tai vaikuttavuudesta ei voi tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä silloin, jos ei ole käytössä selkeitä ja validoituja mittareita.

Erikoissairaanhoidon vaikuttavuuden positiivisesta ajallisesta kehityksestä huolimatta hoitokäytännöissä ja vaikuttavuudessa on huomattavia alueellisia ja sairaalakohtaisia eroja. Sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsee palvelujen laatua ja vaikuttavuutta kuvaavia indikaattoreita myös avohoitoon. Ehkäisevä työ näyttää paikoin jääneen korjaavan toiminnan varjoon. Potilasturvallisuustyöhön on Suomessa alettu kiinnittää huomiota aikaisempaa suunnitelmallisemmin esimerkiksi kehittämällä järjestelmä sairaalahoidon haittatapahtumien raportointiin ja analysointiin.

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon pyrkimyksenä on palvelujen yhdenvertainen toteuttaminen koko maassa, ovat suuret alueelliset erot (sisällössä, määrässä ja kehityksen suunnassa) yleinen ilmiö tässä katsauksessa mukana olevissa palveluissa. Asiakaskokemusten systemaattisella ja yhdenmukaisella keräämisellä ja hyödyntämisellä tulee olemaan aikaisempaa merkittävämpi asema niin sosiaali- kuin terveydenhuollon kehittämisessä.

Stakesissa on tavoitteena määrittää palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaavat mittarit. Ensimmäinen vaihe on ollut tuottaa tämä tilannekatsaus Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun. Seuraavan vaiheen varsinaisessa indikaattorityössä lähdetään liikkeelle kansallisista olemassa olevista tilasto- ja indikaattoritiedosta sekä kansallisesta tarpeesta. Työn taustalla on muissa maissa tehty vastaava indikaattorityö ja kansainvälinen yhteistyö mm. OECD-indikaattorit ja Pohjoismainen indikaattoriyhteistyö. Indikaattoreita jäsennetään hyödyntämisen näkökulmasta ja prosessinäkökulmasta. Seuraavia työvaiheita ovat aukkokohtien paikantaminen, avainindikaattorien valinta erilaisiin asiantuntijajärjestelmiin (esim. lasten, nuorten ja perheiden palvelut, ikäihmisten palvelut, perusterveydenhuolto) ja indikaattoreiden validointi. Osaa indikaattoreista käytetään myös kehitteillä olevassa julkisessa verkkopalvelussa, josta saadaan tietoa palvelujen

sisällöistä, voimavaroista, vaikuttavuudesta ja laadusta (”palveluvaaka”). Tärkeää on saada indikaattorit/asiantuntijajärjestelmät palvelemaan kentän arviointia, seurantaa ja kehittymistarpeita, ja näin omalta osaltaan kehittää sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää entistä laadukkaammaksi.

Avainsanat: sosiaali- ja terveydenhuollon laatu, laatuindikaattori, väestöryhmien palvelut, saatavuus, potilasturvallisuus, väestö- ja asiakastyytyväisyys, tuottavuus, tehokkuus, vaikuttavuus, toimivuus, suorituskyky

Sisällys

Saatteeksi

Tiivistelmä

Kirjoittajat..... 8

1	LÄHESTYMISTAPOJA LAADUN KEHITTÄMISEEN.....	9
1.1	Terveydenhuollon laatupolitiikasta palvelukohtaisiin laatusuosituksiin.....	10
1.2	Laadunhallinnan malleja.....	12
1.3	Käypä hoito ja hyvät käytännöt.....	13
1.4	Laatuindikaattorit.....	14
1.5	Näyttöön perustuva vaikuttavuustieto.....	15
1.6	Riskienhallinta.....	16
2	LÄHESTYMISTAPA LAATUUN TÄSSÄ RAPORTISSA.....	19
2.1	Laadun kehittämisen viitekehys.....	19
2.2	Keskeiset laadun ulottuvuudet.....	20
2.3	Eri väestöryhmien hoidon ja palvelujen laatu.....	22
2.4	Laadun kehittämisen toimintamalleja.....	22
3	MITÄ TIETOA ON SAATAVISSA ERI VÄESTÖRYHMIEN PALVELUJEN LAATUINDIKAATTOREISTA?.....	26
3.1	Lasten ja nuorten palvelut.....	26
3.2	Ikääntyneiden ihmisten palvelut.....	47
3.3	Suun terveydenhuollon SUHAT esimerkkinä vertaiskehittämisestä.....	61
3.4	Vammaisten ihmisten tilanne – tietoa tilastoista ja selvityksistä.....	65
3.5	Päihdepalveluiden laatu.....	72
3.6	Sairauskohtaiset ja yleiset kliiniset terveydenhuollon laatuindikaattorit.....	75
4	MITÄ TIETOA ON SAATAVISSA LAADUN ERI OSATEKIJÖIDEN TOTEUTUMISESTA?.....	79
4.1	Saatavuus ja oikea-aikaisuus.....	79
4.2	Potilasturvallisuus ja sen mittaaminen.....	103
4.3	Väestö- ja asiakastyytyväisyys.....	119
4.4	Korkeatasoinen osaaminen (henkilöstömitoitustavoitteet ja nykyinen tilanne).....	133
4.5	Tuottavuus ja tehokkuus.....	139
5	YHTEENVETOA.....	157

LAATUKATSAUKSEN kirjoittamiseen osallistuneet Stakesin asiantuntijat

AILASMAA, REIJO, kehittämisspäällikkö
ARPALAHTI, IRMA, ylihammaslääkäri
FINNE-SOVERI, HARRIET, ylilääkäri
HAKULINEN-VIITANEN, TUOVI, tutkimuspäällikkö
HAVERINEN, RIITTA, tulosaluejohtaja, tutkimuspäällikkö
HEINOLA, REIJA, kehittämisspäällikkö
HEINÄMÄKI, LIISA, erikoistutkija
HÄKKINEN, PIRJO, kehittämisspäällikkö
HÄKKINEN, UNTO, tutkimusprofessori
HÄMÄLÄINEN, PÄIVI, kehittämisspäällikkö
JUNNILA, MAIJALIISA, tulosaluejohtaja
KAUPPINEN, SARI, kehittämisspäällikkö
KESKIMÄKI, ILMO, tulosaluejohtaja, tutkimuspäällikkö
KNAPE, NINA, kehittämisspäällikkö
KOTIRANTA, PIRJO-LIISA, erikoissuunnittelija
LEINONEN, TUIJA, kehittämisspäällikkö
LINDBERG, PÄIVI, erikoissuunnittelija
LÖNNFORS, TERHI, johtaja
NURMI-KOIKKALAINEN, PÄIVI, projektipäällikkö
NYLANDER, OLLI, tulosaluejohtaja
PARTANEN, AIRI, kehittämisspäällikkö
PEKURINEN, MARKKU, tutkimusprofessori
PIETIKÄINEN, MINNA, erikoistutkija
PUHAKKA, TIINA, erikoissuunnittelija
RIMPELÄ, MATTI, tutkimusprofessori
RINTANEN, HANNU, ylilääkäri
RÄIKKÖNEN, OUTI, erikoissuunnittelija
RÖNNBERG, KAJ, ylihammaslääkäri
SAINIO, SALLA, erikoissuunnittelija
SOHLMAN, BRITTA, erikoissuunnittelija
SÄKKINEN, SALLA, kehittämisspäällikkö
TERÄVÄINEN, RITVA, kehittämisspäällikkö
TUORI, TIMO, ylilääkäri
TÖYTÄRI, OUTI, tutkija
WISS, KIRSI, tutkija
VOUTILAINEN, PÄIVI, kehittämisspäällikkö (STM)
VÄLIMÄKI, ANNA-LEENA, kehittämisspäällikkö

1 LÄHESTYMISTAPOJA LAADUN KEHITTÄMISEEN

Sekä terveys- että sosiaalipalvelujen laatu keskustelu virisi Suomessa vahvemmin 1990-luvun alun laman jälkeen. Valtion ja kuntien välistä kustannusten jakoa oli muutettu ja hyvinvointipalveluille alettiin asettaa talouden tilasta nousevia tehokkuus- ja uudistamisvaatimuksia. Ulkomailta oli tarjolla erilaisia uusia malleja, ideoita ja lähestymistapoja palvelujen uudistamiseksi. Joissakin Euroopan maissa hyvinvointipalvelujen uudistamisen ratkaisuksi tarjottiin liike-elämän malleja. Niissä palvelujen parantaminen ja laadun varmistaminen kuluttajan näkökulmasta oli keskeistä siirryttäessä tarjontaperusteisesta tarveperusteiseen palveluparadigmaan.

Asiakkaiden valinnanvapaus ja palvelujen saamisen selkeät kriteerit tulivat palvelujen uudistamisen sanastoon. Vaatimukset toiminnan tehokkuuden, taloudellisuuden ja palvelujen vaikuttavuuden parantamisesta alkoivat nousta aiempaa korostetummin esiin julkisessa keskustelussa. Julkisissa palveluissa on pyritty enenevästi sovittamaan yhteen julkisen ja yksityisen sektorin hyviä käytäntöjä ja julkisten palvelun keskeisiä tehtäviä. Meillä tämä on tarkoittanut laadun parantamisvaateen ja kustannustietoisuuden lisääntymistä yhtä aikaa.

Kuntien itsenäinen päätäntäväla sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä laajeni 1990-luvun alun valtionosuusuudistuksen myötä. Valtion kuntiin kohdistuvassa ohjauksessa siirryttiin normi- ja voimavaraohjauksesta informaatio-ohjaukseen. Ulkomailta saatiin erilaisia laadunhallinnan malleja ja järjestelmiä, joita kunnalliset palvelujen tuottajat alkoivat kokeilla ja kehittää.

Seuraavassa kuviossa 1 havainnollistetaan erilaisia Suomessa käytössä olevia laadunkehittämisen ja seurannan lähestymistapoja sekä niiden käyttöönoton ajankohtia.

1990-luvun alkupuoli	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SUOSITUKSET (STM, Stakes, Kuntaliitto, järjestöt)															
Terveystieteiden tutkimuskeskus Valtakunnallinen suositus laadunhallinnasta															
Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000 -luvulle Tukimateriaaleja -> Palvelukohtaisia laatusuosituksia ->															
JÄRJESTELMÄLLINEN LAADUNHALLINTA: MALLIT JA KRITERISTÖT (toimijat:)															
Kings Fund Suomeen 1993, nykyisin Social and Health Quality Service (SHQS)															
ISO 9000: Palvelusektori 1991															
Euroopan laatupalkinto (EQFM -kriteeristö), Suomen Laatupalkinto vuodesta 1991															
Yhteiset palvelut - yhteinen hyöty -Laatupalkinto julkisella sektorilla CAF yhteiseurooppalainen kriteeristö Muut mallit ja kriteeristöt, mm. PIENET, ITE															
KÄYPÄ HOITO (Duodecim, erikoislääkäriyhdistykset)															
NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TOIMINTA															
Cochrane (toimijat: Suomen Cochrane- keskus/Stakes)															
Campbell (Stakes osallistuu pohjoismaiseen yhteistyöhön) Joanna Briggs -kirjasto (Suomessa ei yhteisötoimijaa, mutta yksityiset ihmiset voivat hakea tietoa kirjaston sivuilta)															
LAATUINDIKAATTORIT (OECD, Pohjoismainen ministerineuvosto, Stakes)															
Laatukriteerit Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille															
HYVÄT KÄYTÄNNÖT (Stakes ja kentän toimijat)															
RISKIENHALLINTA (Stakes ja kentän toimijat)															
Riskienhallinta-projekti															
potilasturvallisuus, tekniset riskit, ympäristöriskit, työntekijöiden riskit jne															

KUVIO 1. Laadun kehittämisen ja seurannan lähestymistapoja

1.1 Terveydenhuollon laatu politiikasta palvelukohtaisiin laatusuosituksiin

Valtakunnalliset suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta

Stakesin koordinoima terveydenhuollon laatutyö on edennyt toinen toistaan seuraavina prosesseina 1990-luvulta alkaen. Ensimmäisenä askeleena oli terveydenhuollon laatuneuvoston perustaminen vuosiksi 1993–1994. Neuvostoon kuului keskeisiä terveydenhuollon laadun kehittämistä edistäneiden järjestöjen ja viranomaisten edustajia. Laatuneuvoston tehtävänä oli terveydenhuollon laatu politiikan luominen (Terveydenhuollon laatu politiikka 1994), tavoitteena ohjata terveystalouden tuottajia, viranomaisia ja järjestöjä laadun kehittämiseen ja asettamaan laatua koskevia strategisia tavoitteita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintasuositus ja laatusanasto julkaistiin vuonna 1995 (Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa 1995). Suosituksen tarkoituksena oli muun muassa tukea laadunhallintaa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja kannustaa laatutyöhön kolmen keskeisen periaatteen avulla: 1) laadunhallinta on osa jokapäiväistä työtä, 2) asiakaslähtöisyyden tulee olla laadunhallinnan painopiste ja 3) sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta toteutetaan tiedolla ohjaamisella. Laadunhallintasuosituksen toteutumisen seuranta sovittiin toteutettavaksi hyödyntämällä olemassa olevia tietovarantoja ja tarvittaessa toteuttamalla erilaisia selvityksiä ja tutkimuksia. (Outinen ym. 2007; Teräväinen ym. 2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti laadunhallintasuosituksen ajantasaistamisen 1998. Ensimmäisen suosituksen peruslinjaukset – asiakkaan aseman korostaminen, tiedolla ohjaaminen, laatutyön käynnistäminen työyhteisöissä sekä kunkin organisaation vapaus valita omat laadunhallinnan menetelmät ja lähestymistavat – todettiin edelleen toimiviksi ja hyviksi. Laadunhallinta oli selvästi edennyt lyhyessä ajassa, ja sosiaali- ja terveydenhuolto oli kunnissa laadunhallinnan edelläkävijä, vaikka laadunhallinnan kehitys oli epätasaista. Muun muassa asiakkaan mielipiteen huomioon ottaminen päätöksenteossa ja kerätyn asiakaspalautteen hyödyntäminen oli puutteellista. Sisäinen ja ulkoinen arviointi ja systemaattinen laadunhallinta olivat yleistyneet hitaasti. Kaivattiin aikaisempaa selkeämpiä linjauksia ja ohjausta.

Uusi valtakunnallinen suositus laadunhallinnasta pyrki vastaamaan 2000-luvun haasteisiin suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 1999). Tarkoitus oli edistää asiakaslähtöistä toimintaa, kuvata, miten laadunhallinnalla tuetaan hyvää palvelutoimintaa, edistää laadunhallinnan käynnistymistä ja kehittymistä kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon alueilla ja kannustaa toimimaan hyväksytyjen laadunhallinnan päämäärien ja periaatteiden mukaisesti.

Vuoden 1999 suositus korosti aiempaa voimakkaammin laadunhallintaa ehkäisevässä toiminnassa sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Suositus painotti sisäisten ja ulkoisten prosessien hallintaa, järjestelmällisyyttä sekä eri menetelmiä ja tekniikoita. Tiedon merkitystä laadun arvioinnissa ja paremman laadun aikaansaamisessa korostettiin edelleen. Laatu kriteerit laadunhallinnan ja valvonnan työvälineenä nostettiin aiempaa vahvemmin esille. Vuonna 1999 ryhdyttiin julkaisemaan laadunhallinnan tukimateriaaleja. Ensimmäisinä julkaistiin oppaat laatu kriteerien käytöstä ja laadunhallinnan menetelmistä sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä selvitys laadunhallinnan kehityksestä muissa Euroopan maissa.

Palvelukohtaiset laatusuositukset

Palvelukohtaisten laatusuositusten laadinta käynnistyi vuoden 1999 valtakunnallisen laatusuosituksen myötä. Siinä nostettiin esille tarve laatia erillisiä laatusuosituksia ja -kriteereitä muun muassa vanhusten, lapsiperheiden, päihdehuollon ja mielenterveyspalveluille. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 1999.)

Laatusuositukset sisältyivät koko toimialan tavoite- ja toimintaohjelmaan vuosille 2000–2003 (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 1999). Ohjelman ydinajatuksena oli kuntien toiminnan tehokkaampi ohjaaminen, keskeisenä ohjauskeinona laatusuositukset. Kaiken kaikkiaan ohjelmakaudella valmisteltiin yhteensä viisi eri laatusuositusta. Näistä ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen valmistelua vauhditti vilkas kansalais- ja media-keskustelu. (Ikäihmisten hoitoa..., 2001).

Osa suosituksista on kohdennettu tietyille asiakas-/väestöryhmille, kuten ikäihmisten palveluja, varhaiskasvatusta ja mielenterveyspalveluja koskevat laatusuositukset. Osa suosituksista tai niiden kaltaisista on luonteeltaan laajempia koko väestöön kohdistuvia.

Seuraavassa on lueteltu voimassa olevat laatusuositukset. Luettelossa on lisäksi tietoa yksittäisten laatusuositusten käyttöönoton ja vaikutusten arvioinnista.

- 1) Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (Ikäihmisten hoitoa..., 2001, päivitetty versio Ikäihmisten palvelujen 2008)
 - arviointi (Voutilainen 2007)
- 2) Mielenterveyspalveluiden laatusuositus (Mielenterveyspalveluiden..., 2001)
 - laatusuosituksen vaikutuksia tarkoitus arvioida kuntien strategiapapereiden perusteella (suullinen tiedonanto Savolainen, Minna huhtikuu 2008, Stakes)
- 3) Päihdepalvelujen laatusuositus (Päihdepalvelujen..., 2002)
 - arvioinnista julkaistaan artikkeli vuoden 2008 aikana
- 4) Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus (Yksilölliset..., 2003)
 - Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen arviointiraportti (Kotiranta 2008)
- 5) Apuvälinepalveluiden laatusuositus (Apuvälinepalveluiden..., 2003)
 - arviointiraportti valmistuu vuoden 2008 aikana
- 6) Kouluterveydenhuollon laatusuositus (Kouluterveydenhuollon..., 2004)
 - arviointi suosituksen ohjausvaikutuksista (Kouluterveydenhuollon..., 2006)
 - arviointi laatusuosituksen vaikutuksesta kouluterveydenhuollon kehitykseen (Kouluterveydenhuollon..., 2007)
- 7) Terveyden edistämisen laatusuositus (Terveyden 2006)
 - arviointitietoa laatusuosituksen käsittelystä saatu osana Kuntakysely 2007:ää, joka tehtiin noin puoli vuotta suosituksen hyväksymisestä (Wilskman ym. 2008)
- 8) Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittämissuositus (Asumista..., 2007)

Laatusuositusten kaltaiset ja valmisteilla olevat

- 1) Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit (Ehkäisevän ...,2006)
 - käyttöönoton arviointi (Hemmilä 2007)
- 2) Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet (VASU) (Varhaiskasvatussuunnitelman..., 2005, uusittu vuonna 2005 arvioinnin perusteella)
 - arviointia VASUn vaikutuksista raportissa Päivähoidon hallinto kunnissa (Harju ym. 2007)
 - kuntakohtainen seurantatieto VASUn etenemisestä (Ajankohtainen tilanne 2007)¹
- 3) Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä, Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 (Terveyttä..., 2003)
 - arviointi julkaistaan Stakesin raporttina vuonna 2008

¹ <http://varttua.stakes.fi/FI/Ajankohtaista/PHhallinto/kuntavasu/kuntavasu.htm>.

Laatusuosituksista Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevaa suositusta on sovellettu kunnissa eniten. Se oli myös lääninhallitusten valvonta- ja ohjaustoiminnassa käyttökelpoisin ja eniten hyödynnetty. Suosituksen käyttökelpoisuus perustuu konkreettisuuteen ja tarkkuuteen. Laatusuositusten valmisteluun osallistuneiden Stakesin asiantuntijoiden näkemysten mukaan suosituksilla on ollut vaikutusta lainsäädännön osittaisuudistuksiin, politiikkadokumentteihin, valtakunnallisiin kehittämisohjelmiin ja hankerahoituksen perusteisiin. (Teräväinen ym. 2007.)

1.2 Laadunhallinnan malleja

Kunnalliset palvelujen tuottajat ottivat jo 1990-luvulla käyttöön erilaisia laadunhallinnan vaihtoehtoja ja järjestelmiä. Tällaisia ovat esimerkiksi kokonaisvaltainen laadunhallinta (TQM), ISO-9000 laatujärjestelmä ja sertifiointi, King's Fund -auditointi, Euroopan laatupalkinto (EFQM) -malli, tasapainoisen onnistumisen (BSC) -malli. Lisäksi käytössä olivat Kelan laatustandardeja, Laatupeli ja ITE -menetelmä. Palvelujen tuottajat valitsivat itselleen parhaiten soveltuvan ja omaa laatutyötään parhaiten edistävän menetelmän. Näistä on saatu erilaisia hyötyjä kunnallisten palvelujen tuottajien laatutyön kehittämisessä.

Vuoden 2005 alkupuolella tehdyn laadunhallinnan tilannetta sosiaali- ja terveydenhuollossa selvittäneen kyselyn mukaan laadunhallinnan kehittämisessä erilaisia malleja ja kriteerejä käyttäneiden organisaatioiden osuus oli kasvanut vuodesta 1999 vuoteen 2004 niin terveydenkuin sosiaalihuollossakin. Vuonna 2004 Terveydenhuollon organisaatioista lähes yhdeksällä kymmenestä ja sosiaalihuollon organisaatioista hieman useammalla kuin kuudella kymmenestä oli käytössä jokin laadunhallinnan kehittämisen malli tai kriteeristö.

Euroopan laatupalkinto- eli EFQM -kriteeristö on vuodesta 2001 lähtien toiminut Suomen Laatupalkinto-kilpailun arviointikriteeristönä (The EFQM Excellence 1999). Lähes vuosittain on muutama sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio osallistunut Suomen Laatupalkintokilpailuun. EFQM-kriteeristöä käytetään myös arviointityökaluna melko laajasti eri organisaatioissa ilman aikomusta osallistua kilpailuun.

Edellistä muistuttava, mutta vähemmän yksityiskohtainen kriteeristö on *Yhteinen arviointimalli CAF (Common Assessment Framework)* (Yhteinen arviointimalli 2003). Yhteiseurooppalainen CAF-kriteeristö on erityisesti kehitetty julkisen sektorin kokonaisvaltaiseen arviointiin ja kehittämiseen. Siinä otetaan huomioon julkisen sektorin organisaatioiden erityispiirteet. Malli on myös tarkoitettu helpottamaan yksityiskohtaisempien arviointimallien, kuten EFQM:n käyttöön ottoa.

Kansainvälisen *ISO 9001:2000-standardin* mukaisen sertifiokaatin itselleen hankkineita sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita oli Suomessa joulukuussa 2007 arviolta noin 80. Näiden organisaatioiden toimintajärjestelmät ja niihin sisältyvät standardin edellyttämät laadunhallintatoiminnot täyttävät standardin vaatimukset. Vaatimusten mukaisuus varmistetaan säännöllisissä ulkoisissa arvioinneissa. ISO-standardi painottaa asiakaslähtöisyyttä, toimintaprosessien hallintaa ja toiminnan tulosten parantamista.

Sosiaali- ja terveystalouden laatuohjelma SHQS pohjautuu kansainväliseen akkreditointimenettelyyn, joka tunnettiin aiemmin King's Fund -menetelmänä. SHQS-ohjelma soveltuu sekä sosiaali- että terveydenhuollon organisaatioiden ulkoiseen auditointiin että kehittämistyön käynnistämiseen. Prosessissa organisaation palvelujärjestelmän rakenne, palveluprosessit ja vaikuttavuus tarkastetaan systemaattisesti käyttämällä arviointikriteeristöä, joka on kehitetty vastaamaan suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden arviointitarvetta. Siinä on huomioitu suomalainen lainsäädäntö, valtakunnalliset suositukset sekä hyvä hoitokäytäntö. Arviointikriteeristö sisältää ISO9001:2000-standardin keskeiset vaatimukset, jotka on sovitettu

sosiaali- ja terveydenhuollon kielelle. Palvelukohtaisia arviointikriteeristöjä on laadittu erityyppisille sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. (SHQS-laatuohjelman..., 2008.)

Suurten laatujärjestelmien ja laadun mittaristojen käyttöönoton myötä syntyi tarve tuottaa helpompikäyttöisiä itsearviointiin perustuvia laadun arviointimalleja. Näistä esimerkkejä ovat ITE- ja PIENET-menetelmä. *ITE-menetelmä* on sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköille tarkoitettu laadunhallinnan työväline (Holma 2003). *PIENET-laatujärjestelmä* on tarkoitettu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon pienille työyksiköille ja yksin toimiville ammattihenkilöille (PIENET – kohti..., 1997). Molemmat menetelmät rakentuvat samojen laadunhallinnan periaatteiden varaan kuin vaativammatkin kokonaisvaltaiset mallit.

1.3 Käypä hoito ja hyvät käytännöt

Käypä hoito -suositukset terveydenhuollossa

Näyttöön perustuvia Käypä hoito -suosituksia on tehty Lääkäriseura Duodecimin johdolla vuodesta 1994. Yksittäisen suosituksen teossa aktiivisena toimijana on kyseisen erikoisalan erikoislääkärijärjestö tai vastaava. Ensimmäinen Käypä hoito -suositus valmistui vuonna 1997, marraskuussa 2007 valmiita suosituksia oli 80.

Suosituksot perustuvat tieteelliseen näyttöön. Aihealueen julkaisut arvioidaan kriittisesti näyttöön perustuvassa lääketieteessä (”evidence-based medicine”) käytössä olevilla arviointikriteereillä asteikolla, jonka ääripäät ovat: tieteellinen näyttö on hyvin vahva – näyttö on heikko tai olematon. Suositukseen liittyy myös näytönastekatsaukset.

Käypä hoito -suositusten tavoitteina on toimia valtakunnallisina hoitosuosituksina ja perustana alueellisten hoito-ohjelmien laadinnassa ja alueellisten hoitoketjujen suunnittelussa. Käypä hoito -suosituksia on jatkuvasti tekeillä uusista aiheista samalla kun aikaisempia suosituksia päivitetään.

Sosiaali- ja terveystalan hyvät käytännöt

Stakesin Sosiaalipalvelujen arviointiryhmän FinSocin koordinoima Sosiaalialan hyvät käytännöt -ohjelma (2004–2007) on tuottanut ja koonnut menetelmiä ja välineitä sosiaalialan käytäntöjen tunnistamisen, arvioinnin, kuvaamisen ja siirtämisen avuksi. Sittenmin hyvä käytäntö -toimintaan on sisällytetty myös terveydenhuollon käytäntöjä. Kuvaamisen, levittämisen ja käyttöönoton tueksi on Stakesissa perustettu yhdeksän substanssipohjaista oppimisverkostoa, jotka kokoavat vuorovaikutukseen hk-tuutoreita, kehittäjiä, tutkijoita ja alan ammattilaisia. Hyvien käytäntöjen levittämisen tavoitteena on parantaa sosiaali- ja terveystalpalveluja.

Hyvät käytännöt ovat uusia tai jo vakiintuneita toimintatapoja ja työmenetelmiä, jotka arviointi on osoittanut toimiviksi ja vaikuttaviksi. Hyvien käytäntöjen tunnuspiirteitä ovat seuraavat: Hyvä käytäntö on koettu toimintaympäristössään toimivaksi ja sen on arvioitu tuottavan asiakkaalle hyvää. Hyvä käytäntö on eettisesti hyväksyttävä, ja se perustuu monipuoliseen tietoon vaikuttavuudesta. Hyvä käytäntö kuvataan niin, että on mahdollista arvioida, millaiseen tietoon käytännön toimivuus perustuu ja millainen tieto siitä puuttuu. Hyvä käytäntö kuvataan riittävän selkeästi ja yksityiskohtaisesti niin, että se voidaan ottaa käyttöön.

Hyvän käytännön kuvauksia oli vuoden 2008 syksyyn mennessä laadittu noin 25, lähes vastaava määrä kuvauksia oli työn alla. Kuvauksia on tehty sosiaali- ja terveystalan ammattilaisten, kehittäjien ja tutkijoiden yhteistyönä muun muassa palveluohjauksesta, ennaltaehkäisystä, mielenterveys- ja kriisityöstä ja kuntoutuksesta.

1.4 Laatuindikaattorit

Laatuindikaattoreilla arvioidaan ja verrataan organisaatioiden toiminnan laatua keskenään tai toiminnan laadussa tapahtuneita muutoksia valitulla aikavälillä. Kansainvälisissä vertailuissa voidaan myös verrata organisaatioita keskenään, mutta tavallisempaa on verrata maita keskenään. Indikaattorit kertovat organisaatioiden keskinäisestä suhteesta valitulla mittarilla arvioituna, mutta eivät erojen taustalla olevia syitä.

Laatuindikaattoreilla voidaan mitata rakenteellista laatua (rakenneindikaattorit), prosessien laatua (prosessi-indikaattorit) tai toiminnan tuloksen laatua (tulosindikaattorit). Rakenneindikaattoreilla kuvataan sitä, millaiset yleiset valmiudet ja edellytykset organisaatiolla on selviytyä tehtävästään. Esimerkiksi vastaako sairaalan tai vanhainkodin henkilöstörakenne laitoksen potilas-/asiakasrakennetta. Henkilöstön määrä potilasta kohti on yksi laadun rakenneindikaattori. Prosessi-indikaattoreilla mitataan sitä, miten hyvin organisaatiossa toimitaan laadun varmistamisen hyväksi. Esimerkiksi se, onko organisaatiolla laadunhallintajärjestelmä vai ei, on yksinkertainen prosessi-indikaattori. Tulosindikaattoreilla mitataan, onko toiminnalla saavutettu tavoiteltu tulos ja eroaako tulos muualla tehdystä tuloksesta. Esimerkiksi hinkuuskään sairastuneiden lasten määrä on tulosindikaattori, jolla voidaan seurata, kuinka hyvin eri maiden rokotusohjelmat toimivat.

Laatuindikaattoreiden kehittäminen ei ole yksinkertaista, sillä indikaattoria luodessa on esimerkiksi terveydenhuollossa välttämätöntä tuntea sekä erilaisten sairauksien luonnollinen kulku, hoitomenetelmät että palvelujärjestelmän toiminnan periaatteet. Usein laatuindikaattorit muodostetaan tilastojärjestelmiin ja rekistereihin kerätyistä tiedoista. Tällöin myös rekistereihin kirjaamisen tapa ja täsmällisyys ja tilastotiedon keruun ja käsittelyn menetelmät vaikuttavat tulokseen. Jos tiedot eri organisaatioissa kirjataan järjestelmiin epäyhtenäisesti, päädytään ”omenoiden ja appelsiinien” vertailun tavoin epäluotettavaan arvioon laatueroista. Tilastoissa ja rekistereissä olevaa tietoa voidaan harvoin käyttää laatuindikaattorina sellaisenaan. Usein joudutaan yhdistämään tietoa eri lähteistä yhden indikaattorin rakentamiseksi.

Suomessa ei ole toistaiseksi luotu kansallista terveyden- ja sosiaalihuollon laatuindikaattoristoa, jolla suunnitelmallisesti seurattaisiin sairaanhoitopiirien, terveyskeskusten, vanhusten hoitolaitosten tai yksityissektorin sektorin toiminnan laatua ja sen muutoksia. Laatuindikaattori-tyyppistä toimintaa on jonkin verran, esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon benchmarking-toiminnot sekä Lääkelaitoksen implanttirekisteri.

OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit -hanke

OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit -hankkeen (Health Care Quality Indicators) tavoitteena on laatia mittareita, joilla voidaan seurata terveydenhuoltojärjestelmien toimintakyvyn ja laadun kehittymistä. Kehittämistyöllä tuetaan terveydenhuollon toiminnassa tarvittavien indikaattoreiden kehittämistä siten, että maat voivat kansainvälisin vertailuin seurata omaa toimintaansa suhteessa muiden vastaavan kaltaisten maiden terveydenhuollon toimintaan. Ensimmäiset hankkeessa kehitetyt laatuindikaattorit on siirretty OECD tilastotuotantoon. Ne julkaistaan vuosittain OECD:n tilastotietopakettissa (The OECD Health Data²). Lisäksi vuonna 2007 julkaistiin 16 laatuindikaattoria ensikerran mukaan joka toinen vuosi ilmestyvään Health at a Glance -julkaisuun. Indikaattorityön haastavuutta kuvaa se, että noin 30 maan asiantuntijat ovat tehneet yli 5 vuotta työtä ennen kuin on löydetty 17 indikaattoria, joita voidaan käyttää varauksin kansainväliseen vertailuun. OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattoreista erityisesti potilasturvallisuusköykulmasta kerrotaan tämän julkaisun luvussa 4.2.

² <http://www.oecd.org/>.

1.5 Näyttöön perustuva vaikuttavuustieto

Lääketieteessä on yhteiskunta- ja hoitotieteitä pitempi perinne käyttää vaikuttavuustutkimusta luotettavien vaikutusten todentamiseen. Satunnaistettuihin koe- ja kontrolliasetelmiin perustuvilla tutkimuksilla tuotetaan tietoa interventioiden vaikutuksista. Ne pelkistetään metatasolla systemaattisten kirjallisuuskatsausten keinoin ja tieto kootaan kansainväliseen tietokantaan. Vaikuttavuustiedon tiivistämisen lähtökohtana on ajatus, että systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ovat tehokkain tapa koota yhteen empiiristä tutkimustietoa. Kansainvälinen ja kansallinen yhteistyö nähdään välttämättömänä päällekkäisen työn minimoimiseksi ja katsausten laadun parantamiseksi. Kirjallisuuskatsauksilla haetaan vastauksia erilaisten interventioiden vaikuttavuudesta arvioimalla näyttöön perustuvia empiirisiä tutkimuksia.

Cochrane-kirjastosta löytyy lääketieteen luotettava vaikuttavuustieto (The Cochrane³). Yhteiskuntatieteiden Campbell-verkosto täydentää tätä tietopohjaa (C2 Ripe⁴). Joanna Briggs -instituutin luoma yhteistyöverkosto ja sen ylläpitämä kirjasto puolestaan edistävät näyttöön perustuvaa hoitotyötä (JBI Library). Stakesin Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö Finohtan ylläpitämä Ohtanen tietokanta sisältää suomenkielisiä tiivistelmiä maailmalla julkaistusta terveydenhuollon teknologian arviointiraporteista (lib.stakes.fi/ohtanen⁵).

Cochrane-verkosto ja kirjasto

Cochrane Collaboration on vaikuttavuustiedon merkittävä tuottaja lääketieteen interventioiden alalla. Se on luonut kansainväliset verkostot, ja sen ylläpitämään kaikille avoimeen kirjastoon on koottu runsaasti satunnaistettujen kontrolloitujen koeasetelmin tutkittua vaikuttavuustietoa. Tietokanta löytyy internetistä osoitteesta <http://www.cochrane.org>. Suomessa Cochrane-yhteistyötä tekee Suomen Cochrane-keskus⁶.

Campbell-verkosto ja kirjasto

Campbell Collaboration on kansainvälinen verkosto, jonka tehtävänä on Cochrane Collaborationin tapaan laatia, päivittää ja levittää systemaattisia katsauksia sosiaali- ja käyttäytymistieteiden sekä koulutusalan interventiotutkimuksista. Campbell Collaboration kehittää, ylläpitää ja levittää eri toimenpiteiden ja sosiaalisten ohjelmien vaikutuksia koskevia systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Internet-sivusto on osoitteessa www.campbellcollaboration.org. Erityisesti sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvät katsaukset saatavissa osoitteesta www.campbellcollaboration.org/SWCG/titles.asp. Suomi osallistuu pohjoismaiseen yhteistyöhön. Pohjoismaiset Cochrane ja Campbell -keskukset toimivat Kööpenhaminassa.

Joanna Briggs -verkosto ja kirjasto

Joanna Briggs -instituutti (JBI) edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä, kehittää arviointimenetelmiä, tuottaa järjestelmällisiä katsauksia, levittää tietoa terveydenhuollon ammattilaisille ja kuluttajille, toimeenpanee arviointikierroksia ja tekee primaaritutkimuksia. Instituutti on julkaissut yli 50 järjestelmällistä katsausta (JBI Library of Systematic⁷) ja tiivistelmää hoitotyön parhaista käytännöistä (JBI Library of Best Practices⁸). Tiivistelmät ovat saatavilla JBI:n internet-

3 <http://www.cochrane.org/>.

4 <http://www.sfi.dk/sw29084.asp>.

5 <http://lib.stakes.fi/ohtanen/>.

6 <http://finohta.stakes.fi/FI/cochrane/index.htm>.

7 www.joannabriggs.edu.au/pubs/systematic_reviews.php.

8 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/best-practice.php>.

sivuilta http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/best_practice.php (uusimpiin tiivistelmiin ei ole vapaata pääsyä). International Journal of Evidence-based Healthcare lehdessä julkaistaan JBI:ssa ja verkostoon kuuluvissa tutkimuskeskuksissa valmistuneet hoitotyön järjestelmälliset katsaukset, alkuperäistutkimukset ja arvioinnit. (Saijonkari & Anttila 2007.) Suomessa ei ole vielä loppuvuodesta 2008 yhteisöä tai organisaatiota, joka olisi liittynyt Joanna Briggs -kirjaston jäseneksi.

Lisätietoa

Frequently asked questions about Campbell Collaboration. <http://www.campbellcollaboration.org/faqs/faq.asp>.

1.6 Riskienhallinta

Riski-käsitettä on jo pitkään käytetty sosiaali- ja terveydenhuollossa eri yhteyksissä. Esimerkiksi toimintariskeihin kuuluvat kiinteistötekniset riskit (kuten sairaalan sähkö-, vesi-, happijärjestelmien toimintahäiriöt) tai tukitoimintojen riskit (laitteiden ja välineiden toimintahäiriöt, ruokamyrkytykset, logistiikkahäiriöt) ovat tuttuja osa-alueita. Viime aikoina eniten ovat puhuttaneet potilasturvallisuuteen liittyvät riskit, paloturvallisuus ja henkilökunnan työturvallisuuteen liittyvät asiat. (Outinen 2005.)

Kuitenkin näiden riskien hallitsemiseksi luodut menettelyt ovat yleensä eläneet ”omaa elämänsä” organisaatiossa eikä niitä ole koottu yhdeksi yhteiseksi tietopääomaksi. Riskienhallinnasta (riskhantering, risk management) kokonaisuutena ja yhtenä johtamisen osa-alueena onkin puhuttu aktiivisemmin ja kokonaisvaltaisemmin vasta muutaman vuoden ajan.

Riskienhallinnasta voidaankin puhua myös ilmaisulla turvallisuusjohtaminen. Organisaatiossa vallitseva hyvä turvallisuuskulttuuri toimii moottorina turvallisuuden jatkuvalla kehittämiselle ja vallitseva kulttuuri vaikuttaa myös siihen, muuttuvatko riskienhallinnan/turvallisuusjohtamisen periaatteet käytännön teoksi.

Lisätietoa

PK-yrityksen riskienhallinta. www.pk-rh.fi. [23.6.2008]

Riskianalyysit. Osa VTT:n nettisivustoa. www.vtt.fi/proj/riskianalyysit [23.4.2008]

Händelseanalys & Riskanalys. Handbok för patientsäkerhetsarbete (2005) Socialstyrelsen.

www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8993/2005-101-8.htm. [23.4.2008]

Lähteet

Ajankohtainen tilanne kuntavasusta 31.1.2007 <http://varttua.stakes.fi/FI/Ajankohtaista/PHhallinto/kuntavasu/kuntavasu.htm>.

Apuvälinepalveluiden laatusuositus. (2003). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/apuväline/opas03_7.pdf. [23.9.2008].

Arviointiraporttien tiivistelmätietokanta. <http://lib.stakes.fi/ohtanen/> [23.9.2008].

Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. (2007). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Helsinki. <http://www.stm.fi/Resource>.

phx/publishing/documents/11033/index.htm [23.9.2008].

C2 Ripe Library (C2-RIPE) <http://www.sfi.dk/sw29084.asp> [23.9.2008].

Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit. (2006) Työryhmämuistio 25.1.2006. Työpapereita 3/2006. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp3-2006-verkko.pdf>. [23.9.2008].

Harju, Hanna, Lindberg, Päivi & Välimäki, Anna-Lee. (2007) Päivähoidon hallinto kunnissa 2006. Raportteja 9. Helsinki: Stakes. http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkojulkaisut/raportteja07/VR9_2007.htm. [21.10.2008].

- Hemmilä, Irja (2007) Kokemuksia ehkäisevän päihdetyön laatuksien käytöstä. http://neuvoa-antavat.stakes.fi/NR/rdonlyres/C493CBE7-EE9A-4547-B3C4-E9B4065A1FB9/0/ept_kriteerit_kartoitus.pdf [23.9.2008].
- Holma, Tupu (2003) ITE2-opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. Uudistettu painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (2001) Oppaita 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys78.htm> [23.9.2008].
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/14066/index.htx> [23.9.2008].
- JB I library of best practice information sheet. <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/best-practice.php> [22.7.2008].
- JB I library of systematic reviews. www.joannabriggs.edu.au/pubs/systematic_reviews.php [22.7.2008].
- Kotiranta, Pirjo-Liisa (2008) Asumiseen laatua informaatio-ohjauksella. Arviointia Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen vaikutuksista kunnissa. Raportteja 31. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R31-2008-VERKKO.pdf> [4.11.2008].
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus – suosituksen ohjausvaikutukset kuntien toimintaan. (2006) Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 136/2006. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto. http://www.vtv.fi/chapter_images/6920_ [23.9.2008]
- Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007 (2007). Työpapereita 32/2007. Helsinki: Stakes. http://www.stakes.fi/FI/julkaisut/verkkajulkaisut/tyopapereita07/VT32_2007.htm [23.9.2008].
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus. (2004) Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. Helsinki. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/08/pr1092909444623/passthru.pdf> [23.9.2008].
- Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä (1995) Helsinki: Stakes.
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus (2001) Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmän esitys. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf> [23.9.2008].
- Outinen, Maarit (toim.) (2005) Riskit hallintaan – Miten lähdän riskienhallinnan polulle? Riskien hallinnan kehittämisprojekti sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille 2004–2005. Työpapereita 12. Helsinki:Stakes. <http://www.stakes.fi/FI/julkaisut/verkkajulkaisut/tyopapereita05/Tp12-2005.htm> [16.10.2008].
- Outinen, Maarit, Räikkönen, Outi, Holma, Tupu & Voipio-Pulkki, Liisa-Maria (2007) Laadunhallinta sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatioissa 2004 ja vertailu vuoteen 1999. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R10-2007-VERKKO.pdf> [23.9.2008].
- PIENET – kohti laatuajattelua (1997). Sosiaali- ja terveydenhuollon pienten työyksiköiden ja yksin toimivien ammattihenkilöiden laadunhallinnan keinot. Holma, Tupu & Outinen, Maarit (Toim.) Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Päihdepalvelujen laatusuositukset. (2002). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf> [23.9.2008].
- Saijonkari, M. & Anttila, H. (2007) Kansainvälinen Joanna Briggs -instituutti kokoaa hoitotyön vaikuttavuustietoa. *Impakti* 6/2007. *Finoha*.
- SHQS-laatuohjelman esittely. http://www.labquality.fi/shquality/shqs-laatuohjelman_esittely/ [1.2.2008].
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus (1999) Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Stakes.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. (1999) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999/16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys24.htm> [23.9.2008].
- Terveyden edistämisen laatusuositus (2006). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/8364/index.htx>. [23.9.2008].
- Terveydenhuollon laatuohjelma. Suuntaviivat laadun jatkuvalla kehittämiselle (1994) Helsinki: Stakes.
- Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoidotyöllä, Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. (2003). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/01/pr1074690827386/passthru.pdf>. [14.10.2008].
- Teräväinen, Ritva & Räikkönen, Outi & Heikkilä, Matti (toim.) (2007) Laatusuositusten arviointi. Arviointia laatusuositusten ohjausvaikutuksista ja vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Työpapereita27/2007. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T27-2007-VERKKO.pdf> [22.9.2008].
- The Cochrane Library. Evidence for healthcare decision making. <http://www.cochrane.org/> [22.7.2008].
- The EFQM Excellence Model. Suomenkielinen käännös. (1999) Laatukeskus, European Foundation for Quality Management.
- The OECD Health data. http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html [21.10.2008].
- Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet (2005). Oppaita 56/2005. Helsinki: Stakes. <http://varttua.stakes.fi/NR/rdonlyres/DD04983E-D154-4FE4-90A1-E2690175BE26/0/vasu.pdf> [23.8.2008].

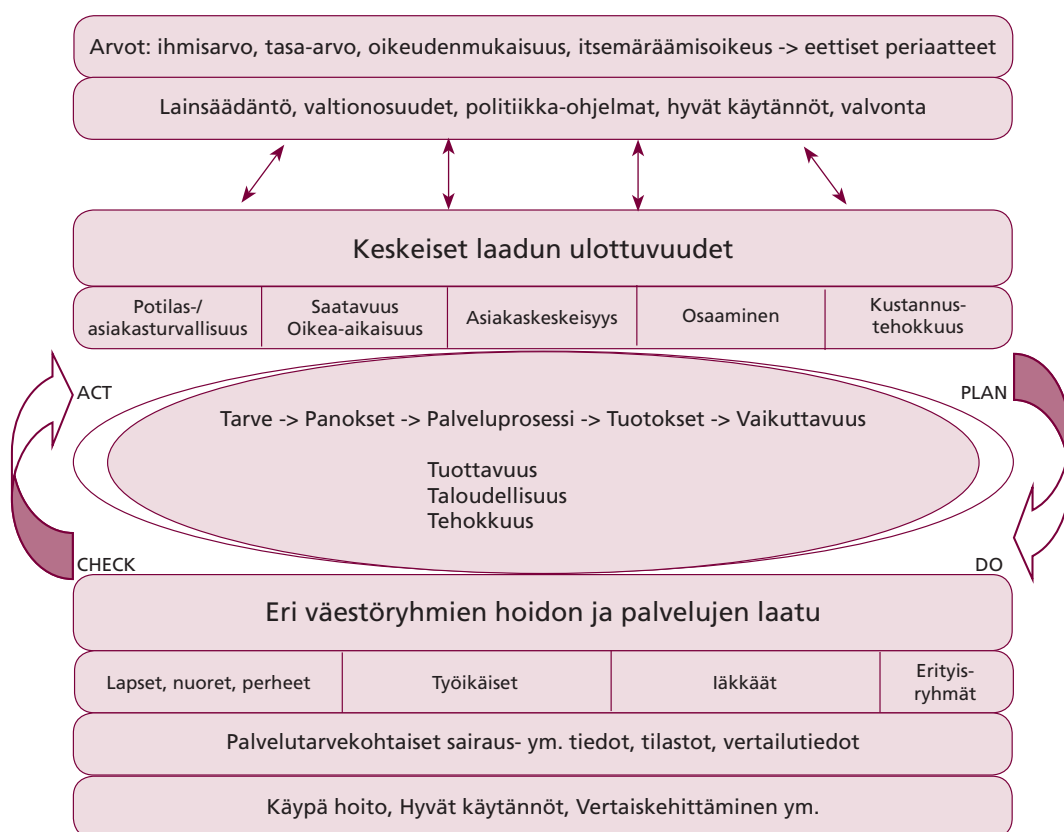
- Voutilainen, Päivi (toim.) (2007) Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Raportteja 2/2007. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R2-2007-VERKKO.pdf> [23.9.2008].
- Wilskman, K., Ståhl, T., Muurinen, S. & Perttilä, K. (2008). Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. Työpapereita 16. Helsinki: Stakes. http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkojulkaisut/tyopapereita08/VT16_2008.htm. [16.10.2008].
- Yhteinen arviointimalli (CAF). Organisaation kehittäminen itsearviointiin avulla (2003). Helsinki: Valtiovarainministeriö/Edita Prima Oy. www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/04_hallinnon_kehittaminen/CAF2002FIN.pdf [7.10.2008].
- Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö. Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus. (2003). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003: 4. Helsinki. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/asumpalv03/asumpalv03.pdf> [23.9.2008].

2 LÄHESTYMISTAPA LAATUUN TÄSSÄ RAPORTISSA

Laadun ulottuvuuksia voidaan määritellä hyvin eri tavoin. Voidaan tarkastella laadun osatekijöitä: palvelujen saatavuutta ja oikea-aikaisuutta, potilasturvallisuutta, asiakastyytyväisyyttä tai hoidon ja palvelun antajien osaamista. Tai voidaan tarkastella riittäviä voimavaroja (panosta, rakennetta), hoito- tai palveluprosessin sujuvuutta, tuotos-, vaikuttavuus-, tuottavuus- tai tehokkuuslukuja (palvelutoiminnan elementtejä ja niiden välisiä suhteita).

2.1 Laadun kehittämisen viitekehys

Seuraavassa kuviossa 2 on esitetty tämän katsauksen laadun kehittämisen näkökulmat, joiden mukaan tämä julkaisu etenee.

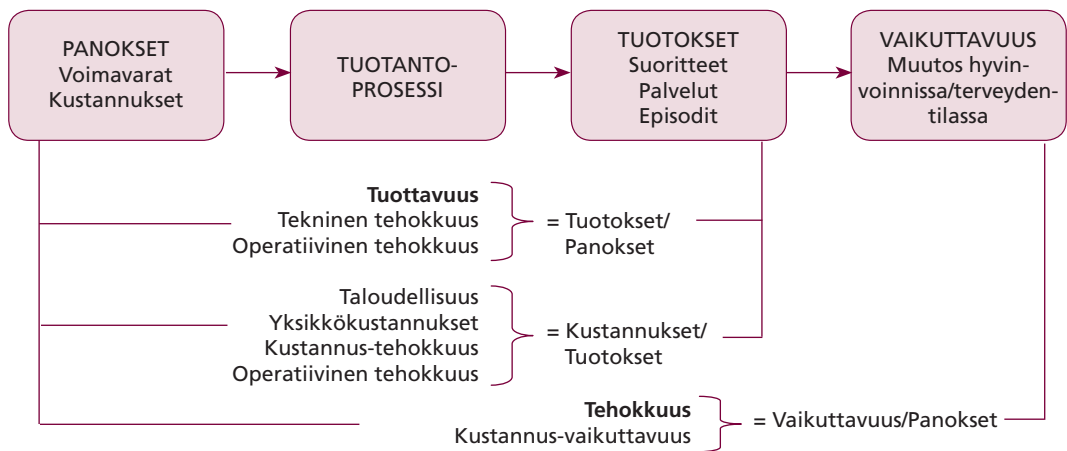


KUVIO 2. Laadun kehittämisen ulottuvuudet

Kaiken taustalla ovat arvot, eettiset näkökohdat. Lisäksi toimintaa ohjaavat lainsäädäntötyö, politiikka- ja strategiaohjelmat, ammatilliset sitoumukset sekä paikallisella tasolla kunnallisen demokratian neuvottelumekanismit ja kaikkien näiden väliset neuvottelut, joiden tuloksena syntyy palvelujärjestelmien ja palveluiden tuotoksia.

Yksi näkökulma on palvelutuotannon tarkastelu prosessina, kuten esimerkiksi terveystaloustieteessä tehdään. Prosessinäkökulman vahvuutena ovat tehokkuuden, taloudellisuuden ja vaikuttavuuden nivominen yhteen. Ne luonnollisesti kuvaavat vain osaa sosiaali- ja terveyden-

huollon laadun kehittämisen näkökulmista. (Kuvio 3.) Muutosta hyvinvoinnissa ja terveydentilassa voidaan kuvata organisaatio-, kunta-, alue- ja/tai väestötasolla.



KUVIO 3. Sosiaali- ja terveydenhuollon arvioinnin viitekehys prosessinäkökulmasta

2.2 Keskeiset laadun ulottuvuudet

Seuraavassa kuvataan keskeisiä laatuun liittyviä käsitteitä, joita käytämme tässä Laatuksauksessa.

Laatu on niistä piirteistä ja ominaisuuksista koostuva kokonaisuus, johon perustuu palvelujärjestelmän, organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuneet odotukset. Hyvä laatu tarkoittaa sitä, että asiakas saa tarpeensa mukaista palvelua oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Hyvä laatu on parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon tai näyttöön perustuvaa palvelua (hoitoa/hoivaa/apua/ongelman ratkaisua), joka tuottaa kansalaiselle hyvinvointia ja pyrkii terveyden ja hyvinvoinnin maksimointiin ja riskien minimointiin. Laatu on hyvä toiminta sille asetettujen vaatimusten ja siihen kohdistuvien odotusten mukaisesti annettujen taloudellisten voimavarojen asettamissa rajoissa.

Asiakaskeskeisyys tarkoittaa yksilön kunnioitusta ja itsemääräämisoikeutta peruslähdekohtana palvelun toteuttamisessa. Palveluiden tulee vastata henkilön yksilöllisiin tarpeisiin, odotuksiin ja toiveisiin. Palvelu-/hoitosuunnitelmaa laadittaessa asiakkaalla tulee olla riittävästi ja hänelle ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa tarjolla olevista vaihtoehdoista ja mahdollisuus vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Terveydenhuollossa puhutaan ”informed consent” -periaatteesta, eli siitä, että potilas riittävän tiedon saaneena antaa suostumuksensa tehtyyn hoitosuunnitelmaan. Myös palvelun/hoidon aikana ja sen jälkeen asiakkaalla tulisi olla tarjolla riittävästi tietoa. Asiakaskeskeisyysperiaatteen mukaan henkilö on toiminnan subjekti, ei objekti. Asiakkaan asema on periaatteessa lainsäädännöllisesti varmistettu (Laki potilaan 1992). Sosiaalialan asiakkaita koskee Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (Laki sosiaalihuollon 2000).

Palveluiden saatavuus ja saavutettavuus tarkoittaa sitä, että kansalaisten tulee saada palvelut tasa-arvoisesti asuinpaikasta, sosioekonomisesta asemasta, sukupuolesta tai etnisistä tekijöistä riippumatta. *Oikeudenmukaisuus* tarkoittaa sitä, että samanlaisessa tilanteessa olevien pitäisi saada yhdenmukaisesti hoitoa tai palveluja. Kiireellinen hoito annetaan periaatteessa aina kaikille ilman tarpeetonta viivettä. Ei-kiireellisten palveluiden saatavuutta määrittelee hoitotakuu-lainsäädäntö,

joka antaa aikarajat ei-kiireelliselle hoitoon pääsyle. Palveluiden *saavutettavuus* tarkoittaa sitä, ettei tulisi olla kohtuuttoman vaikeata käyttää palveluita maantieteellisten, ajallisten tai muiden esteiden vuoksi.

Potilasturvallisuuteen sisältyy hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus. Tarkastelun kohteena ovat sekä ”läheltä piti” -tapahtumat, jotka eivät ole aiheuttaneet haittaa potilaalle, että varsinaiset haittatapahtumat, joihin sisältyvät potilasvahingot, lääkevahingot ja hoitovirheet. Keskeisenä tavoitteena on sattuneista vaaratilanteista ja virheistä oppiminen, jotta pystyttäisiin välttämään samankaltaiset tilanteet vastaisuudessa. Kirjaamiskäytäntöjen kehittämisellä on keskeinen sija. Sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavan organisaation kannalta kyseessä on riskienhallinta, joka sisältää laajemman turvallisuuden.

Korkeatasoinen osaaminen on ammatillista osaamista. Ammatilliseen osaamiseen sisältyy itse toiminnassa tarvittava osaaminen, ihmisen kohtaamisen taito, arvot ja etiikka. Toiminnan tulisi olla näyttöön perustuvaa tai mikäli tieteellistä näyttöä ei löydy, yleisesti hyväksi koettuun käytäntöön perustuvaa. Näyttöön perustuvilla palvelu- ja hoitokäytännöillä pyritään takaamaan sekä laatua että toiminnan tarkoituksenmukaisuutta. Hoito- ja toimintaohjelmilla pyritään varmistamaan toiminnan tarkoituksenmukaisuus.

Vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta vaikuttaa myönteisesti tai kielteisesti toimialan olemassaolon perimmäiseen tavoitteeseen eli ihmisten hyvinvointiin ja terveydentilaan, tätä muutosta kutsutaan vaikuttavuudeksi. Toiminnan vaikuttavuus on nettomuutos toiminnan perimmäisessä tavoitteessa (hyvinvoinnissa tai terveydessä), joka syntyy toiminnan tuloksena.

Tuotokset kuvaavat sosiaali- ja terveydenhuollossa tuotettavien palvelujen määrää eri tavoilla ilmaistuna. Tuotokset voivat olla palvelusuoritteita kuten käyntejä lääkärin, hoitajan tai sosiaalityöntekijän vastaanotolla. Tuotokset voivat olla myös sairaalassa hoidettuja potilaita, palveluasunnossa hoivattuja ikäihmisiä tai toimeentulotukipäätöksen saaneita asiakkaita tai kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia.

Tuottavuus on toiminnan tuotoksen ja käytettyjen panosten (kustannusten) suhde. Kokonaistuottavuudesta puhutaan, kun otetaan huomioon kaikki toiminnassa käytetyt panokset. Tuottavuuteen keskittyvä lähestymistapa tarkastelee sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa lähinnä palvelujen tuottajana. Kiinnostus kohdistuu käytettävissä olevilla voimavaroilla tuotettujen palvelujen määrään ja siinä tapahtuviin muutoksiin.

Kustannus-vaikuttavuus. Kun tutkitaan vaikuttavuuden ja panosten välistä suhdetta, puhutaan kustannus-vaikuttavuudesta. Kustannus-vaikuttavuus kertoo sen, kuinka hyvin sosiaali- ja terveydenhuollossa on onnistuttu toimialan perimmäisten tavoitteiden toteuttamisessa annetuilla voimavaroilla. Mitä edullisemmin annettu tavoite saavutetaan sitä tehokkaammin (kustannus-vaikuttavammin) sosiaali- ja terveydenhuolto toimii, sitä viisaammin rajalliset voimavarat on käytetty väestön hyvinvoinnin edistämiseen.

Tehokkuus on toiminnassa käytettyjen panosten ja niillä aikaansaadun vaikuttavuuden suhde. Tehokkuuteen keskittyvä lähestymistapa lähtee ajatuksesta, että sosiaali- ja terveydenhuollon perimmäinen tarkoitus ei ole tuottaa mahdollisimman paljon palveluja annetuilla voimavaroilla, vaan että annetuilla voimavaroilla saadaan aikaan mahdollisimman suuri myönteinen muutos asiakkaan ja väestön hyvinvoinnissa ja terveydessä. Jos vaikuttavuus ja kustannukset eivät ole yhteismitallisia, suhteesta käytetään yleisnimitystä kustannus-vaikuttavuus. Jos vaikuttavuutta on mitattu elämänlaadun muutoksen ja elämän pituuden muutoksen yhdistävillä laukupainotetuilla lisäelinvuosilla, puhutaan kustannus-utiliteettisuhteesta. Kummassakin tapauksessa pätee, mitä alhaisempi tämä suhde on, sitä parempi.

Tuottavuus ja tehokkuus liittyvät toisiinsa, mutta ne on pidettävä käsitteellisesti erillään. Toiminnan tuottavuus voi olla hyvä, vaikka tehokkuus olisikin huono. Tilanne on tällainen, jos toiminnan vaikuttavuus on heikko. Vaikka vaikuttavuus olisi hyvä, tehokkuus voi silti olla huono. Näin on silloin kun toiminnan kustannukset ovat hyvin korkeat. Tällöin tuottavuuden paran-

taminen voi olla keino tehokkuuden parantamiseksi. Tuottavuuteen ja tehokkuuteen liittyvää laadun arviointitietoa on tällä hetkellä saatavissa lähinnä erikoissairaanhoidosta. Sosiaalihuollossa tuottavuus- ja tehokkuusarviointi on jossain määrin vieraampaa. Tosin vanhusten laitoshoidosta on jo saatavilla vertailutietoa tuottavuudesta (Laine 2005).

Johtaminen ja laatu. Johtamisen näkökulmasta voidaan laadunhallinnassa sanoa olleen vähintään neljä aikakautta: tarkastus (- - 1800-luku), tilastollinen laadunohjaus (1900-luvun alku), laadunvarmistus (1950-luvulta eteenpäin), ja strateginen laatujohtaminen (1990->). (Garvin 1994.)

2.3 Eri väestöryhmien hoidon ja palvelujen laatu

Monet yleisesti tunnistetut sosiaali- ja terveydenhuoltoon vaikuttavat muutostekijät haastavat uudistamaan palveluja uusista lähtökohdista, jotta ne olisivat kestäväällä pohjalla myös tulevaisuudessa. Valtakunnalliset politiikkalinjaukset, politiikkaohjelmat, ohjausjärjestelmän muutos, sosiaali- ja terveystieteiden strategia ja valmisteilla olevat lainsäädäntömuutokset määrittelevät palvelujen tuottamisen ehtoja ja tapoja tulevaisuudessa.

PARAS-lainsäädäntö edellyttää perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien palvelujen järjestämistä kuntien nykyistä mediaaniväestöä laajemmalla väestöpohjalla. Palvelut jaotellaan läheltä saataviksi peruspalveluiksi ja etäämpää (aluepohja) haettaviksi erityispalveluiksi. Tarkoitus on, että palvelut toteutetaan oikea-aikaisesti, tuloksellisesti, tehokkaasti ja viiveittä.

Myös palvelujen organisointi on muutoksessa. Perinteinen sosiaali- ja terveydenhuollon sektoriorganisaatio vastaa puutteellisesti väestön uudensuuntaisiin palvelutarpeisiin. Palvelujen uudistaminen sektoriperusteisesti johtaa helposti eri sektoreiden päällekkäisiin ratkaisuihin ja voimavarojen tuhlaamiseen. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen organisointia onkin ryhdytty ajattelemaan uudelleen tarkemmin väestön palvelujen tarpeen näkökulmasta. On oivallettu, että eri elämäntilanteissa ihmisen palvelujen tarve on erilainen. Samaa palvelua ei ole viisasta tarjota kaikille aina samanlaisena, vaan on tarpeellista ottaa huomioon kunkin ihmisen erilainen elämäntilanne ja -vaihe. Palvelujen organisointia on ryhdytty jäsentämään ihmisen *elämänkaaren* mukaan (lapsuus, nuoruus; aikuisuus/vanhemmuus; vanhuus) ja organisoimaan vastaavasti lasten ja lapsiperheiden palveluihin, aikuisten palveluihin ja vanhusten palveluihin. Eri elämäntilanteissa ihmisellä on erilaisia tarpeita ja palvelujen organisointi edellyttää erilaista asiantuntemusta, työotetta ja yhteistyöverkostoa. Toimintaa voi rakentaa myös väestön palvelutarpeista lähtien *toiminnallisena* mallina.

2.4 Laadun kehittämisen toimintamalleja

Vertailukehittäminen

Vertailukehittäminen on johdettu englanninkielisestä *benchmarking*-termistä, joka tarkoittaa maastossa olevaa vertailukohtaa, johon muut mittaukset on suhteutettu. Englanninkielisellä termillä *benchmarking* ymmärretään myös vertailujohtamista, vertailukehittämistä, poikittaisvertailua ja kumppanuusvertailua. Termillä viitataan myös analyysimenetelmään. Tähän perustuvia termiehdotuksia ovat esimerkiksi esikuva-analyysi, vertailuanalyysi ja valioanalyysi. Vertailukehittäminen on jatkuva ja järjestelmällinen prosessi parhaiden menetelmien ja toimintatapojen tunnistamiseksi, ymmärtämiseksi ja soveltamiseksi, kun tavoitteena on oman organisaation suorituskyvyn parantaminen. Vertailukehittämisessä mitataan ja analysoidaan omien tuotteiden ja palvelujen

laatua ja prosessien suorituskykyä muihin. Omia verrataan parhaisiin, opitaan parhailta ja opittua käytetään hyödyksi oman toiminnan kehittämiseen. Vertailukehittäminen on siis tapa oppia avoimesti paremmilta ja soveltaa opittua omaan organisaatioon.

Vertailukehittäminen tarkoittaa menetelmää, jolla systemaattisesti opitaan hyviltä esikuvilta toimialasta riippumatta. Sen tarkoituksena on saada tietoja ja taitoja, jotka voidaan muuntaa tehokkaiksi oman yrityksen toiminnan parannuksiksi.

Asiantuntijajärjestelmillä tarkoitetaan tilastotiedoista jalostettuja tietojärjestelmiä, joiden tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot voivat käyttää toiminnan arvioinnin, johtamisen ja päätöksenteon tukena. Asiantuntijajärjestelmistä muodostetaan kattava kokonaisuus johtamisen ja päätöksenteon tueksi. Vertailukehittäminen pohjautuu tiedon monipuoliseen hyödyntämiseen eri tietolähteistä. Vertailukehittäminen sisältää toimintayksiköiden välisen poikkileikkausvertailun, oman toimintayksikön toiminnan pitkittäisvertailun sekä oman toiminnan kehittämisen muilta oppimalla (hyvät käytännöt).

Asiantuntijajärjestelmiä kehitetään ja vertailukehittämistä tehdään muun muassa *sairaaloiden tuottavuushankkeessa* (toiselta nimeltä erikoissairaanhoidon benchmarking), mikä kymmenvuotisen kehitysvaiheen jälkeen on siirtynyt osaksi Stakesin pysyvää tietotuotantoa. Siihen liittyvässä PERFECT-hankkeessa kehitetään uusia rekisteripohjaisia kustannusvaikuttavuuden analyysimenetelmiä. Hankkeen tulokset on saatettu kaikkien kansalaisten käyttöön vuoden 2008 alkupuolella.

Yksilötason tietoihin perustuva, hoivaa ja hoivajärjestelmän kehittämistä tukeva *RAI-järjestelmä* kattaa koko maan pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista noin 30 % ja kotihoidon piirissä olevista vanhuksista noin 20 %. Järjestelmän soveltamista mielenterveyspotilaiden sekä vanhusten akuuttisairaanhoidon laadun kehittämisessä testataan parhaillaan. Järjestelmää on mahdollista hyödyntää myös kunta- tai aluekohtaisesti palvelujärjestelmän laadun arviointiin, vertailukehittämiseen ja palvelujen suuntaamiseen tarvelähtöisesti. Järjestelmää kehitetään edelleen tavoitteena pysyvä tietotuotanto.

Hammashuollon SUHAT-hankkeessa vertailukehittämisen menettelyä sovelletaan terveyskeskusten hammashuollon keskinäiseen vertailuun ja kehittämiseen. Hanke kattaa noin puolet Suomen väestöstä.

Hoitotyön vertailukehittäminen on jatkuva järjestelmällinen prosessi, jossa tuotetaan vertailutietoa eri organisaatioista. Vertailutiedon avulla analysoidaan eri organisaatioiden kykyä vastata potilaiden/asiakkaiden tarpeisiin. Hoitotyön vertailukehittäminen mahdollistaa toimintayksiköiden välisen poikkileikkausvertailun, yhden toimintayksikön toiminnan pitkittäisvertailun ja hoitotyön kehittämisen muilta oppimalla.

Avohoidon asiakastyytyväisyysmittareiden kehittäminen käynnistyi yhdessä Stakesin ja eri toimijoiden kanssa vuonna 2005. Tällä hetkellä on käytössä kuusi erilaista mittaria terveyskeskusten avovastaanoton ja sairaaloiden poliklinikoiden asiakastyytyväisyyden arviointiin. Vertailuaineisto kattaa tällä hetkellä noin 200 terveydenhuollon organisaatiota ja noin 75 000 asiakkaan näkemykset asiakastyytyväisyydestä.

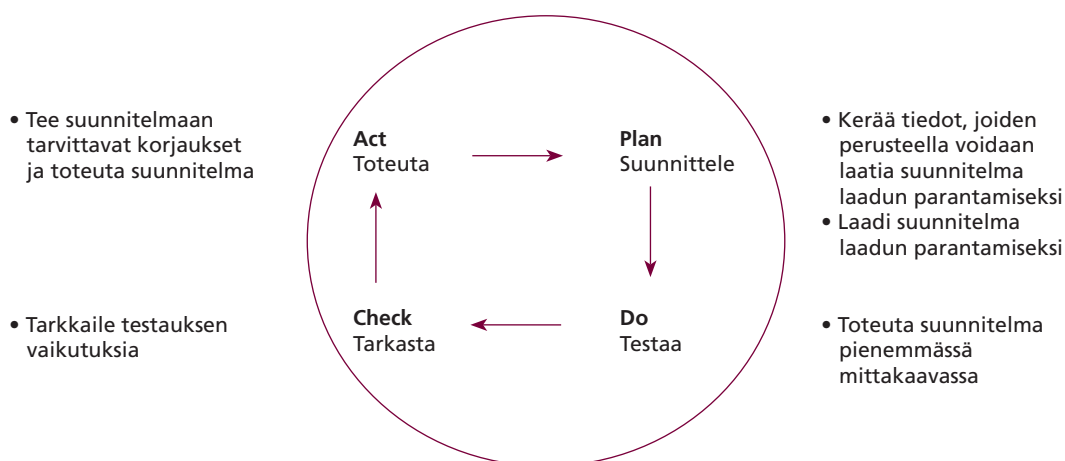
Vanhuspalvelujen suunnittelua tukeva *Evergreen-järjestelmä* on käytössä noin 30 kunnassa. Yksikkötason tietoihin perustuva suunnittelu ja skenaaritieto muodostetaan sitä varten kehitetyllä ohjelmalla. Myös vanhustenhuollon *CareKeys-järjestelmää* on kehitetty Stakesin toimesta.

TedBM, terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä mahdollistaa kuntien ja kuntapalvelujen terveydenedistämiseksi seurannan, vertailukehittämisen ja vertailuanalyysin. Tavoitteena on, että ajan mittaan väestön terveyttä koskevan tiedon rinnalla on käytettävissä myös toimipaikkakohtaista tietoa kuntien terveydenedistämiseksi. Tavoitteena on, että kehitetty vertailutietojärjestelmä siirtyy osaksi Stakesin pysyvää tietotuotantoa kehitysvaiheen päätyttyä.

Lisäksi on joukko tietotuotteita, joita kunnat hyödyntävät toimintansa arvioinnissa ja suunnittelussa. Tällaisia ovat *kuntakohtaiset tiedot tarvevakioiduista terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoista ja SOTKANet-indikaattoripankki*, joka kehittyy yhä kattavammaksi hyvinvoinnin ja palvelujen kuntakohtaisen tiedon lähteeksi. Stakesilla on myös muita tilastotuotteita, joita voi hyödyntää toiminnan suunnittelussa ja arvioinnissa.

Laadun ohjaus – Demingin ympyrä

Palvelujärjestelmän laadunkehittämiseen eivät pelkästään indikaattorit riitä. Palvelujärjestelmän on vastattava muutosilmioihin parantamalla toimintansa laatua, lisäämällä innovatiivisuutta ja käyttämällä inhimillisiä voimavaroja entistä paremmin. Organisaation kilpailukyky vaatii jatkuvaa innovatiivisuutta, kehittämistä ja nopeaa oppimista. Kehittämisessä voidaan hyödyntää keskeistä laadunkehittämisen perusmenetelmää ns. Demingin ympyrää eli PDCA-ympyrää (kuvio 4). Demingin ympyrä sisältää vaiheet suunnittele (Plan), kokeile (Do), tarkista (Check) ja toteuta (Act). Esimerkiksi hoidon saatavuutta parannettaessa suunnitteluvaihe (D) voi tarkoittaa nykyisen prosessin kuvaamista, eri vaikuttavien tekijöiden etsimistä ja niiden mittaamista. Kokeiluvaiheessa (D) muutetaan prosessia ja tarkistusvaiheessa (C) arvioidaan muutosta. Jos muutos todetaan hyväksi, se toteutetaan (A). Prosessia tarkastellaan sovitusti sovitun ajan kuluttua ja edelleen palataan PDCA-ympyrään mikäli tarpeen.



KUVIO 4. Demingin ympyrä

Lähteet

- Garvin D.A. (1994) History and Evaluation of the Quality Movement. Teoksessa: Readings in Total Quality Management, 27–44.
- Laine, Juha (2005) Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Tutkimuksia 151. Helsinki: Stakes.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 (1992). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> [2.10.2008].
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812 (2000). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812> [7.10.2008].

Kirjallisuutta

- Benchmarking-käsikirja 1998. Helsinki: Laatuokeskus.
- Continuous Quality Improvement: A Proposed National Policy (1993) Discussion Paper: Continuous Quality Improvement: A Proposed National Policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Ellis, Judith (2006) All inclusive benchmarking. Journal of Nursing Management (14), 377–383.
- Kielitoimisto (2007) Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen kielenhuolto-osasto. <http://www.kotus.fi/www/haku?searchterms=vapaa+sanahaku&haku.x=14&haku.y=14> [27.11.2007].

- Mäkisalo, Merja (2003) Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisöjen kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere.
- Niva, Mikael & Tuominen, Kari (2005) Benchmarking käytännössä. Itsearviointityökirja. TS-Tulostus/Digipaino.
- Pekurinen, M., Junnila, M., Idänpään-Heikkilä U. & Wahlbeck, K. Terveyspiiri-kirja (2006) Eräs alueellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen malli. Helsinki: Stakes.
- Perälä, Marja-Leena, Junttila, Kristiina & Toljamo Maisa (2007) Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Työpapereita 19. Helsinki: Stakes.
- SFS-ISO 8402 Laadunhallinta ja laadunvarmistus – sanasto.
- Sintonen, H. & Pekurinen, M. (2006) Terveystalous-tiede. WSOY. Helsinki.
- Tuominen, Kari (1993) Benchmarking prosessiopas. Opi ja kehitä kilpailijoita nopeammin. Metalliteollisuuden Kustannus Oy. Tampere.
- World Alliance for Patient Safety. WHO. www.who.int/patientsafety/en/ [27.5.2008].

3 MITÄ TIETOA ON SAATAVISSA ERI VÄESTÖRYHMIEN PALVELUJEN LAATUINDIKAATTOREISTA?

3.1 Lasten ja nuorten palvelut

Lasten päivähoido

ANNA-LEENA VÄLIMÄKI & PÄIVI LINDBERG

Varhaiskasvatus kattaa lasten päivähoidon ja kuusivuotiaiden esiopetuksen. Varhaiskasvatukseen voidaan katsoa kuuluvan myös koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminta peruskoulun ensimmäisen ja toisen luokan oppilaille. Tässä katsauksessa keskitytään varhaiskasvatuksen laadun arviointiin lasten päivähoidopalveluiden näkökulmasta.

Lasten päivähoidon suunnittelua ja toteuttamista ohjaavat keskeisesti päivähoitolain ja -asetuksen (Laki lasten päivähoidosta 36/1973 ja asetus lasten päivähoidosta 239/1973) lisäksi valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista (Valtioneuvoston periaatepäätös 2002) ja Stakesin laatimat valtakunnalliset varhaiskasvatussuunnitelman perusteet (Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet 2005).

Päivähoitolain mukaan lasten vanhemmilla on vanhempainrahakauden päätyttyä ehdoton oikeus saada kunnan järjestämä päivähoitopaikka joko päiväkodista tai perhepäivähoidosta siihen saakka, kunnes lapsi siirtyy oppivelvollisena perusopetukseen. Kunnan on järjestettävä päivähoitoa mahdollisuuksien mukaan lapsen vanhempien tai muiden huoltajien toivomassa muodossa. Päivähoitolaki ja asetus määrittelevät monia palvelun laadun kannalta oleellisia rakenteellisia seikkoja kuten henkilöstön ja lasten välisen suhdeluvun ja henkilöstön kelpoisuudet.

Viime vuosina on esitetty tarve päivähoitolainsäädännön uudistamisesta ja siinä yhteydessä lain muuttamista varhaiskasvatuslaiksi. Nykyisen hallitusohjelman mukaan ”lasten päivähoitolaki uudistetaan” ja varhaiskasvatuksen asema hallinnossa selvitetään (Hallitusohjelma 2007). Valtakunnallisesti lasten päivähoidosta ja sen kehittämisestä vastaavat sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes. Paikallistasolla kunnat voivat itse toteuttaa parhaaksi katsomallaan tavalla lasten ja perheiden palveluiden hallinnon. Valtaosassa kuntia (88 %) päivähoito kuului vuonna 2007 hallinnollisesti sosiaali- ja terveystoimeen (Harju ym. 2007). Paras-uudistuksen myötä on oletettavaa, että lasten ja perheiden palveluiden hallinnollista organisoitua uudistetaan kunnissa kokonaisvaltaisemmaksi.

Päivähoidopalvelujen saatavuus ja riittävyys

Kuntien on siis taattava päivähoidon riittävyys ja saatavuus. Jokainen kunta tuottaa palveluja oman kunnallisen strategiansa mukaisesti. Kuntien mahdollisuudet tarjota erilaisia päivähoidon palveluja vaihtelevat alueittain ja kuntakohtaisesti. Lasten päivähoidosta tehdyn tilanneselvityksen (Färkkilä ym. 2006) mukaan Suomessa on 38 kuntaa, jossa ei ole lainkaan päiväkotia. Nämä ovat pieniä kuntia, ja niissä päivähoidon tarve tyydytetään järjestämällä perhepäivähoitoa. Vastaavasti perhepäivähoidon osuus päivähoidon palveluista on kaikkein pienin suurissa, yli 75 000 asukkaan kunnissa.

Perhepäivähoidon saatavuus on heikentynyt 2000-luvulla. Vuodesta 1997 vuoteen 2005 kunnallisen perhepäivähoidon osuus koko päivähoidosta laski 35,7 prosentista 29,5 prosenttiin.

Perhepäivähoitajat ikääntyvät, eikä työskentely omassa kodissa enää kiinnosta entiseen tapaan uusia perhepäivähoitajia. Perhepäivähoitajien keski-ikä on nykyään kunta-alan korkeimpia, noin 48 vuotta.

Kunnan järjestämässä päivähoitossa olevista lapsista 8,5 prosenttia on sellaisia, joille on varhaiskasvatus- tai kuntoutussuunnitelmassa määritelty erityisen tuen tarve ja tuen järjestämisen tavat. Näistä lapsista tukitoimia saa keskimäärin 92 prosenttia. Tukitoimissa on suuria eroja kuntien välillä (Ikääntyneiden 2008). Suurimman esteen erityisen tuen saamiselle muodostaa ammattitaitoisen henkilökunnan puute. Kuntien arvion mukaan maahamme tarvittaisiin 160 erityislastentarhanopettajaa lisää. (Färkkilä ym. 2006.)

Myös kunnan tuottamien avoimien varhaiskasvatuspalvelujen tarjonta vaihtelee kunnasta toiseen (Alila & Portell 2007; Peltonen 2007b). Suurista kunnista 80 prosenttia ilmoittaa järjestävänsä kerhotoimintaa, avointa päiväkotitoimintaa ja leikkipuistotoimintaa ja 40 prosenttia muuta avointa toimintaa. Pienistä kunnista 64 prosenttia ilmoittaa, ettei kunta järjestä lainkaan avointa varhaiskasvatustoimintaa. (Färkkilä ym. 2006.) Useimmissa kunnissa erilaiset järjestöt ja seurakunnat tuottavat runsaasti avoimia palveluita, mutta nämä jäävät julkisten palvelutilastojen ulkopuolelle ja siksi kokonaistilanteen kartoittaminen saatikka yhtenäisten laatuksiteerien asettaminen ja toteuttamisen seuranta on ongelmallista.

Kunnat voivat melko vapaasti järjestää väestön tarvitsemat palvelut, niinpä kuntien tietojen vertailu yhdenmukaisesti ei ole vaivatonta. Kuusi suurinta kaupunkia ovat jo pitkään pyrkineet systematisoimaan keskinäistä kustannusten vertailua monissa sosiaali- ja terveystoimen toiminoissa, niin myös lasten päivähoitossa (Peltonen 2007a). Raportit osoittavat työn haasteellisuuden ja kustannusten vertailun vaikeuden.

Henkilöstötilanne ja mitoituksen toteutuminen

Päivähoitoselvityksen (Färkkilä ym. 2006) mukaan päivähoitoasetuksen mukainen henkilöstömitoitus toteutui kuntien mielestä pääosin hyvin. Mitoitus toteutui paremmin suurissa ja keski-suurissa kuin pienissä kunnissa, sekä paremmin päiväkodeissa ja ryhmäperhepäiväkodeissa kuin perhepäivähoitossa. Tavallisimpia esteitä mitoituksen toteutumiselle olivat perhepäivähoitossa varajoitajärjestelmän toimimattomuus, vaikeus saada lyhytaikaisia sijaisia, lasten pitkät hoitoajat sekä vanhempien epäsäännöllinen työ. Henkilöstömitoituksen toteutumista seurataan kunnissa säännöllisesti mm. seuraamalla täyttö- ja käyttöasteita. Mitoituksen seuranta on parantunut vuodesta 2001. Päiväkodeissa mitoituksen toteutumista seurataan yleensä viikoittain.

Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet varhaiskasvatuksen sisällön laadun suosituksena

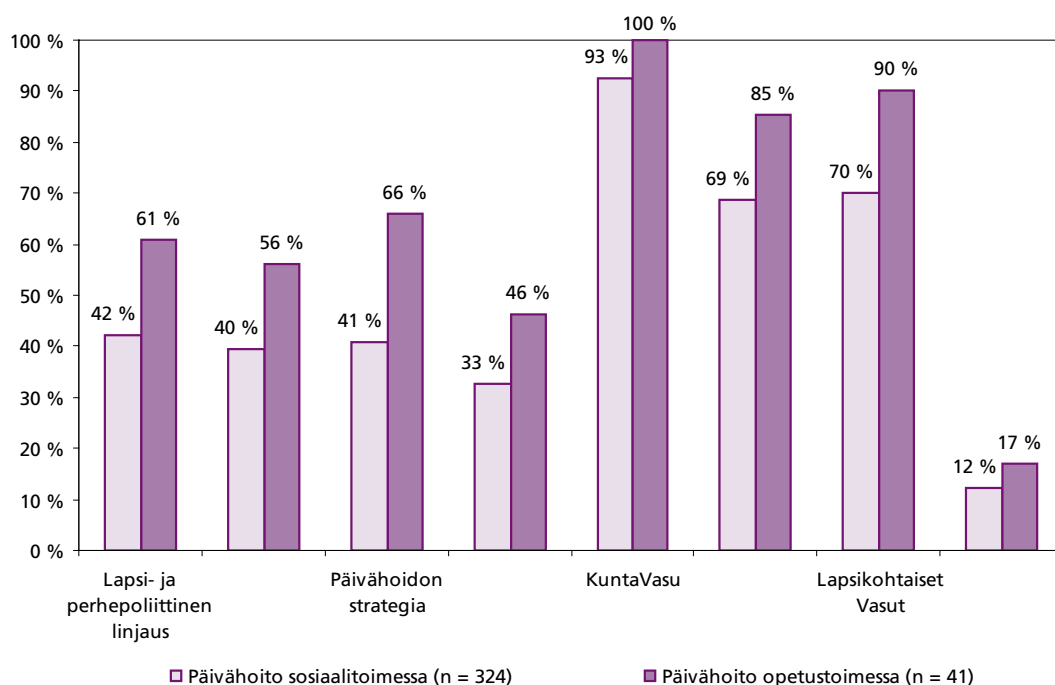
Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet (Vasu) on varhaiskasvatuksen valtakunnallinen ohjauksen väline sisällön kehittämiseen ja laadun parantamiseen. Vasussa on määritelty puitteet erilaisissa palveluissa toteutettavalle varhaiskasvatukselle. Tavoitteena on edistää varhaiskasvatuksen yhdenvertaista toteuttamista koko maassa, muun muassa lisäämällä kasvattajien ammatillista osaamista ja ohjaamalla sisällönkehittämistyötä kunnan omista lähtökohdista. Täten Vasu voidaan nähdä myös varhaiskasvatuksen laatusuosituksena.

Vasun keskeisiin tavoitteisiin kuuluu vanhempien osallisuuden vahvistaminen ja henkilöstön ammatillisen tietoisuuden lisääminen. Varhaiskasvatussuunnitelman tavoitteissa pyritään tukemaan varhaiskasvatuksen, esiopetuksen ja perusopetuksen yhtenäisen kokonaisuuden rakentumista, sekä moniammatillisen työtavan vahvistamista.

Keskeisenä suosituksena on, että kunnissa laaditaan valtakunnallista kehysuunnitelmaa todentavasti sekä kunta- että yksikkökohtaiset suunnitelmat. Kaksi ohjaavaa näkökulmaa Vasussa ovat strateginen kehysten rakentaminen kuntiin ja avoimen dialogin käynnistäminen Vasun eri tasoja työstettäessä. Näillä halutaan viestittää jatkuvan itsearviointin merkitystä kuntavasun prosessoinnissa ja sitä kautta varhaiskasvatuksen laadun kehittämisen näkökulmaa.

Stakes on seurannut Vasun todentumista kunnissa Varttuan⁹ tietokannan avulla sekä erillisselvityksin (Harju ym. 2007; Välimäki & Lindberg 2007). Vuonna 2007 päivitetyn Varttuan tietokannan mukaan Vasu on valmis 41 %:ssa kunnista, tekeillä 53 %:ssa ja suunnitteilla 4 %:ssa kunnista. Alle kaksi prosenttia kunnista ei ole vielä aloittanut Vasun työstämistä. Lisäksi erillisselvityksin seurataan Varhaiskasvatussuunnitelmaprosessin etenemistä ja vaikuttavuutta kunnissa.

Kunta- ja yksikkövasujen laadinnan lisäksi ajankohtaisena haasteena on saada kirjava lapsikohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma-käytäntö yhtenäistettyä luomalla kunnille ohjeistus lapsikohtaisen varhaiskasvatuksen suunnitelman laatimiseksi. Yksikkökohtaiset varhaiskasvatussuunnitelmat täydentyvät työstettäessä lapsen yksilöllisiä varhaiskasvatussuunnitelmia. Silloin kun lapsi on päivähoiton ja varhaiskasvatuksen piirissä on luontevaa, että tämä velvoite kulkee nimellä lapsen varhaiskasvatussuunnitelma. Kun kaikille kunnille vuonna 2006 kohdennetussa kyselyssä tiedusteltiin varhaiskasvatusta ohjaavia asiakirjoja kunnissa, saatiin vastaukseksi, että lapsikohtaisia vasuja on laadittu 72 prosentissa kyselyyn osallistuneista kunnissa, jotka edustivat lähes 90 prosenttia kaikista kunnista (Harju ym. 2007). Kuvio 1 näyttää kaikkien varhaiskasvatusta linjaavien asiakirjojen tilanteen kunnissa.



KUVIO 1. Varhaiskasvatusta linjaavat asiakirjat kunnissa vuonna 2006

Vasun vaikutukset kunnassa

Kuntien oman arvion mukaan Vasun merkittävin vaikutus on ollut varhaiskasvatuksen laadun ja henkilöstön ammatillisuuden kehittyminen. Keskusteleminen ja asioiden pohtiminen ovat lisääntyneet Vasun laadinnan myötä. Vasu on lisännyt myös tietoa varhaiskasvatuksesta, sen nä-

⁹ Varttua on Stakesin Varhaiskasvatuserityksen ylläpitämä valtakunnallinen verkkopalvelu osoitteessa <http://varttua.stakes.fi>.

kyvyttöä ja arvostusta niin vanhempien kuin päättäjäienkin keskuudessa. Vasu on myös lisännyt päivähoiton seudullista yhteistyötä ja yhteistyötä lasten vanhempien kanssa. (Harju ym. 2007).

Valtakunnallisen varhaiskasvatussuunnitelmatyön tärkeimpänä tavoitteena on Vasun mukaisesti ”edistää varhaiskasvatuksen yhdenvertaista toteuttamista koko maassa, ohjata sisällöllistä kehittämistä ja luoda osaltaan edellytyksiä varhaiskasvatuksen laadun kehittämiseksi yhdennäköisellä toiminnan järjestämisen perusteilla. Varhaiskasvatussuunnitelman perusteiden tavoitteena on lisätä varhaiskasvatushenkilöstön ammatillista tietoisuutta, vanhempien osallisuutta lapsensa varhaiskasvatuksen palveluissa ja moniammatillista yhteistyötä eri palvelujen kesken, joilla tuetaan lasta ja perhettä ennen lapsen oppivelvollisuuden alkamista. Yhdessä esi- ja perusopetuksen opetussuunnitelmien perusteiden kanssa varhaiskasvatussuunnitelman perusteet muodostavat valtakunnallisesti lasten hyvinvointia, kasvua ja oppimista edistävän kokonaisuuden.” (Varhaiskasvatussuunnitelman..., 2005.)

Kansainväliset varhaiskasvatuksen arvioinnit ovat tuoneet esille sisältöä ohjaavien kehysten merkityksen yhtenä palvelun ja sisällön laadukkuutta osoittavana tekijänä (OECD 2006). Haasteena varhaiskasvatuksen laadun seurannassa on vastaisuudessa pystyä arvioimaan Vasun vaikutuksia laatuun.

Stakes tuottaa fokuoituja varhaiskasvatuksen laatua arvioivia katsauksia. Vuonna 2008 tuotetaan ensimmäinen katsaus, joka kohdennetaan vanhempien käsityksiin varhaiskasvatuksen laadusta sekä analysoidaan henkilöstön tilannetta tilastollisesti.

Vanhemmat varhaiskasvatuksen laadun arvioijina

Stakes toteutti syksyllä 2007 internetpohjaisena avoimen kyselyn päivähoitossa olevien lasten vanhemmille (Kronqvist & Jokimies 2008). Vastauksia saatiin yli 3 500, kaikkiaan 285:stä Suomen kunnasta. Vastausten jakaantuminen vastaajien perhemuotojen perusteella noudatteli hyvin Suomen lapsiperheiden tilannetta maassamme.

Vaikuta vanhempi -kyselyn perusteella voidaan listata muutamia konkreettisia kehittämistoimenpiteitä. Avoimien ja monimuotoisten ja joustavien varhaiskasvatuspalveluiden kehittämistä tarvitaan. Palveluista tiedottamista tulee kehittää erityisesti kuntien tasolla. Lapsiryhmien suhdelukuja ja ryhmien kokoja tulee tarkastella ja suunnitella ne sellaisiksi, että pienten lasten ryhmissä ei ole kohtuuton lapsimäärä yhdellä hoitajalla. Perhepäivähoitoa on kehitettävä edelleen ja mahdollistettava se yhtenä hoito- ja kasvatusvaihtoehtona päiväkodin ohella. Päivähoitohenkilöstön koulutustason on säilyttävä korkeana ja täydennyskoulutusta on kehitettävä. Varhaiskasvatussuunnitelmat tulee toteuttaa lapsi- ja perhelähtöisesti ja säännölliset keskustelut on tärkeää sopia vanhempien kanssa. Lapsiperheiden asema kaippaa edelleen kohennusta ja kotihoitoa olisi tärkeää vahvistaa. Kaikkiaan vanhemmat kaipasivat puhetta omasta lapsestaan, hänen kasvustaan ja kehityksestään, sekä näihin liittyvää tukipuhetta.

Vanhempien näkökulmat tulisi saada varhaiskasvatuksen laadun arviointiin ja kehittämiseen mukaan entistä vahvemmin.

Päivähoidon turvallisuussuunnitelmasta yksi laatutekijä

Vuonna 2008 sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes julkaisivat vuonna 2008 oppaan päivähoiton turvallisuussuunnittelua varten (Saarsalmi 2008). Opas on laadittu laaja-alaisen kunta- ja asiantuntijayhteistyön avulla. Päivähoidon turvallisuussuunnittelu tukeutuu lasten päivähoitoa, henkilöstön kelpoisuusvaatimuksia, kulutustavaroita ja kuluttajapalveluita, terveydensuojelua, elintarviketurvallisuutta, työturvallisuutta, työsuojelua sekä pelastustoimintaa koskeviin lakeihin ja asetuksiin.

Julkaisun keskeisenä tavoitteena on, että kunnissa laaditaan päivähoitolle turvallisuussuunnitelma, joka täsmennetään toimintayksiköittäin. Suosituksen mukaan turvallisuussuunnitelmaa tulee tarkistaa sekä syksyisin että keväisin.

Päivähoitopalvelujen kokonaisuutta arvioitaessa yksi oleellinen laatutekijä on tietoisesti ja harkiten koko henkilöstön kanssa yhdessä laadittu turvallisuussuunnitelma, jonka pääsisällön tuntevat myös lapset ja lasten vanhemmat.

Lähteet

- Asetus lasten päivähoidosta (239/1973). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730239> [2.10.2008].
- Alila, Kirsi & Portell, Tuija (2007) Leikkitoiminnasta avoimeen varhaiskasvatukseen. Avointen varhaiskasvatuspalvelujen nykytila ja kehittämistarpeet. Selvityksiä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Färkkilä, Niilo & Kahiluoto, Tarja & Kivistö, Merja (2006) Lasten päivähoiton tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006: 16. Helsinki <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/05/hl1147933743069/passthru.pdf> [2.10.2008].
- Hallitusohjelma. Matti Vanhasen toinen Hallitusohjelma 2007. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/fi.jsp> [2.10.2008].
- Harju, Hanna & Lindberg, Päivi & Välimäki, Anna-Leena (2007). Päivähoiton hallinto kunnissa 2006. Raportteja 9. Helsinki: Stakes http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/verkkojulkaisut/raportteja07/VR9_2007.htm. [2.10.2008].
- Ikääntyneiden, vammaisten, sosiaalisen luototuksen ja lasten päivähoiton tilastokysely kuntiin 2007. (2008) Tilastotiedote 20. Helsinki: Stakes. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt20_08.pdf sekä www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/tilastokyselykuntiin.htm [8.10.2008].
- Kronqvist, Eeva-Liisa & Jokimies, Jaana (2008) Vanhemmat varhaiskasvatuksen laadun arvioijina. Raportteja 22/2007. Helsinki: Stakes.
- Laki lasten päivähoidosta 19.1.1973/36. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730036> [7.10.2008].
- OECD (2006) Starting Strong II. Early Childhood Education and Care. OECD. <http://www.oecd.org/dataoecd/14/32/37425999.pdf>. [8.10.2008].
- Peltonen, Anne (toim.) (2007a). Suomen kuuden suurimman kaupungin lasten päivähoiton palvelujen ja kustannusten vertailu 2006. Kuusikkokuntien työryhmän julkaisuja. Helsinki: Edita. http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/PH20052.pdf.
- Peltonen, Anne (toim.) (2007b) Suomen kuuden suurimman kaupungin avoin varhaiskasvatustoiminta. Kuusikkokuntien työryhmän julkaisuja. Helsinki: Edita. http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/Avoin%20vkt toiminta.pdf. [8.10.2008].
- Saarsalmi, Olli (toim.) (2008) Päivähoiton turvallisuussuunnittelu. Oppaita 71. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/perhe/prlas/index.htm#i424.pdf>.
- Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen valtakunnallisista linjauksista (2002) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:9. Helsinki.
- Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet (2005) Stakesin oppaita 56. Helsinki: Stakes http://varttua.stakes.fi/FI/Sisallot/Vasu/vasu_asiakirja.htm [2.10.2008].
- Välimäki, Anna-Leena & Lindberg, Päivi (2007) Päivähoito osana varhaiskasvatusta. Julkaisussa: Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes.

Lasten ja nuorten ehkäisevät palvelut

MATTI RIMPELÄ, MINNA PIETIKÄINEN, TUOVI HAKULINEN-VIITANEN JA KIRSI WISS

Kansanterveyslain mukaan kunnan tulee muun muassa seurata kunnan asukkaiden terveyden-tilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin, huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa, huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista sekä ylläpitää koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa. Kansanterveyslain säännöksiä 2000-luvulla muutettaessa on korostettu yhteisökeskeisyyttä. Esimerkkeinä tästä ovat kouluyhteisön terveellisuuden ja turvallisuuden edistäminen ja velvoite yhteistyöhön oppilas- ja opiskeluhuollossa.

Lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen kokonaisuuden pitäisi kattaa kaikki suomalaiset raskauden alusta oppivelvollisuuden päättymiseen eli 16. ikävuoteen saakka. Kun lisäksi otetaan huomioon ammatillisten oppilaitosten ja lukioiden opiskelijat, kyseessä ovat yli miljoonan lapsen ja nuoren ja osin myös heidän vanhempiansa ehkäisevät peruspalvelut.

Tässä luvussa tarkastellaan kuntien kansanterveystyöhön sisältyviä lasten ja nuorten ehkäiseviä palveluja: äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa. Yliopistojen opiskeluterveydenhuolto on jätetty pois, koska se on annettu Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tehtäväksi.

Tutkimus- ja kehittämistyö

Lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen kehittäminen on Suomessa perustunut ensisijaisesti asiantuntijasuosituksiin ja hallinnolliseen laadun varmistamiseen. Suoraan palvelujen sisältöön, voimavaroihin ja vaikutuksiin kohdistuvaa tutkimustyötä on ollut vähän. Myös muista maista on julkaistu vain satunnaisesti näihin ehkäiseviin toimintoihin kohdistuvia tutkimuksia.

Lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen valtakunnallinen tutkimus- ja kehittämistyö oli järjestämättä 2000-luvulle saakka. Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus käynnistyi sosiaali- ja terveysministeriön hankerahoituksella keväällä 2002. Vuoden 2008 alussa Neuvolakeskus vakiinnutettiin osaksi Stakesin toimintaa.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistyötä on valtakunnallisen vastuu-yksikön puuttumisen ohella haitannut toiminnan jakautuminen kunnissa kolmelle hallinnonalalle (opetus-, sosiaali- ja terveystoimi) ja valtionhallinnossa kahteen ministeriöön (STM ja OPM). Sosiaali- ja terveysministeriö antoi 2006 Kansanterveyslaitoksen tehtäväksi lasten ja nuorten terveysseurannan kehittämisen. Kansanterveyslaitokseen perustettiin 2007 lasten ja nuorten terveyden osasto, jonka tehtävänä on tuottaa uutta lasten ja nuorten terveyteen vaikuttavaa tietoa, siirtää tutkimustietoa kuntien käyttöön, tarjota valtakunnallista ohjausta lasten ja nuorten terveyden edistämiseksi ja tukea erityisesti neuvolajärjestelmää ja kouluterveydenhuoltoa. Vuonna 2008 Stakesiin on perustettu oppilas- ja opiskeluhuollon ylilääkärin tehtävä.

Normiohjaus laadun varmistajana

Lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen sisältö määriteltiin vuoteen 1993 saakka kansanterveys-työn valtakunnallisissa suunnitelmissa ja lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeissä. Voimavaroista päätettiin kuntien kansanterveystyön suunnitelmissa, joiden tuli olla valtionhallinnon hyväksymiä. Lääninhallitukset tukivat ja valvoivat kuntia ja terveyskeskuksia ehkäisevien palvelujen järjestä-misessä. Toiminnasta raportoitiin kansanterveystyön toimintakertomuksilla ja tilastotiedoilla.

Valtion normiohjauksen tavoitteena oli varmistaa, että ehkäisevät palvelut kattoivat tasa-laatusesti koko maan. Tämä tavoite oli pääosin saavutettu jo 1960-luvulla. 1970-luvun alun tilannetta kuvaavat kansanterveystoimikunnan mietinnön perusteluissa olevat päätelmät pohdittaessa, olisiko kansanterveyslaissa säädettävä yksityiskohtaisemmin ehkäisevistä palveluista (Kansanterveystoimikunnan mietintö KoM 1969:A3). Toimikunnan mukaan kunnat mieluummin ylittivät kuin alittivat tehtävänsä ehkäisevässä terveydenhuollossa eikä siksi ollut tarvetta yksityiskohtaisempaan säätelyyn. Lasten ja nuorten ehkäiseviä palveluja pidettiin suomalaisen terveydenhuollon menestystarinana. Tämä selittää sen, että niiden laadusta keskusteltiin ennen 1990-lukua varsin vähän.

Laatua tulkittiin universalismin – kaikilla samanlaiset peruspalvelut – kehyksessä voimavarojen ja toiminnan suhteena valtakunnalliseen normiohjaukseen: Toiminta oli laadukasta, kun sen sisältö oli ohjeiden mukaista ja terveyskeskuksilla oli tasa-arvoiset resurssit. Kansanterveystyön ohjaus- ja suunnittelujärjestelmän katsottiin tuottavan riittävät tiedot näin tulkitun laadun seuraamiseen.

Valtion normiohjauksen purkamisen jälkeen vuodesta 1993 vastuu ehkäisevien palvelujen järjestämisestä ja myös laadusta siirtyi kunnille. Lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeet kumottiin. Kunnilla ei enää ollut velvollisuutta suunnitella eikä raportoida kansanterveystyöstään. Valtakunnallinen seuranta rajoittui koko maan tasolla raportoituihin käyntien lukumääriin.

Talouselämyksen vaikutuksia selvitetessä kiinnitettiin huomiota myös ehkäisevien palvelujen voimavaroihin (Taskinen ym. 1995; Bardy ym. 2001). Asiantuntijaryhmien muistiossa kiinnitettiin huomiota lasten ja nuorten ehkäiseviin palveluihin yleensä (Kokko 1993) sekä seurantatutkimuksiin ja yhteistyöhön äitiyshuollossa (Viisainen 1999).

Toiminnan sisällön valtakunnallinen seuraminen rajoittui edelleen käyntien lukumääriin. Niiden mahdollista vaihtelua terveyskeskusten kesken ei 1990-luvulla tutkittu. Kouluterveyskyselyn mukaan maakuntien välillä oli selviä eroja sekä kouluterveydenhuollon vastaanotolle pääsystä että tyytyväisyydessä kouluterveydenhuoltoon kohtaan (Luopa ym. 2006).

1990-luvun puoliväliin tultaessa syventävää tutkimusta lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen toteutumisesta ja mahdollisista eroista terveyskeskusten välillä oli vähän. Kouluterveyskyselyssä saatiin vuodesta 1996 alkaen koulu- ja kuntakohtaisia tietoja peruskoulun yläluokkien ja lukiolaisten arvioista kouluterveydenhuollon saatavuudesta ja toimivuudesta. Ehkäisevän toiminnan vaikuttavuudesta ei julkaistu lainkaan tutkimuksia.

Paluu informaatio-ohjauksesta normiohjaukseen

Lipposen II hallituksen ohjelmassa otettiin laatusuositukset informaatio-ohjauksen välineiksi. Varsinaisten laatusuositusten rinnalla alettiin valmistella oppaita:

- Kouluterveydenhuollon opas (Kouluterveydenhuolto 2002)
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus (Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004)
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena (Lastenneuvola 2004a)
- Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnissa (Lastenneuvola 2004b)
- Opiskeluterveydenhuollon opas (Opiskeluterveydenhuollon 2006)
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden 2007)

Lastenneuvolaoppaan ja opiskeluterveydenhuollon oppaan valmistelun yhteydessä selvitettiin näiden ehkäisevien palvelujen tilannetta koko maassa (Opiskelijaterveydenhuollon tila... 2003; Varjoranta ym. 2004; Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toteutumista on äskettäin selvitetty kyselyissä terveyskeskuksille ja kouluille (ks. Rimpelä ym. 2007a ja 2007b) ja analysoimalla terveyskeskusten välisiä eroja kouluterveydenhuollon käynneissä (Kivimäki ym. 2007a).

Terveyskeskusten johdolle vuonna 2007 tehdyssä kyselyssä "Lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen suunnittelu ja johtaminen" selvitettiin oppaiden ja laatusuositusten käsittelyä terveyskeskusten luottamushenkilöhallinnossa ja johtoryhmissä (taulukko 1). Opiskeluterveydenhuollon opasta oli jaettu tiedoksi ja siitä oli keskusteltu luottamushenkilöhallinnossa vain joka viidennessä terveyskeskuksessa ja vain 5 % oli tehnyt oppaan johdosta päätöksiä. Vastaavat osuudet johtoryhmäkäsittelyssä olivat 32 % ja 9 %. Lastenneuvolaopasta ja kouluterveydenhuollon laatusuositusta oli käsitelty hieman aktiivisemmin, mutta päätöksiä oli tehnyt vain 8–14 % lautakunnista ja/tai johtoryhmistä.

TAULUKKO 1. Lastenneuvolaoppaan, kouluterveydenhuollon laatusuosituksen ja opiskeluhuollon oppaan käsittely terveyskeskusten luottamushenkilöhallinnossa ja johtoryhmässä (Lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen suunnittelu ja johtaminen 2007, <http://info.stakes.fi/TedBM/Fl/kyselyt/lastenep.htm>)

	Ei käsitelty	Tiedoksi	Esitelty ja keskusteltu	Päätetty toimenpiteistä	Yhteensä
	%	%	%	%	N
<i>Lastenneuvolaopas (2004)</i>					
• perusturva/SoTe-lautakunta	65	21	7	8	165
• terveyskeskuksen johtoryhmä	42	31	17	10	168
<i>Kouluterveydenhuollon laatusuositus (2004)</i>					
• perusturva/SoTe-lautakunta	51	26	14	9	154
• terveyskeskuksen johtoryhmä	33	31	22	14	162
<i>Opiskeluterveydenhuollon opas (2006)</i>					
• perusturva/SoTe-lautakunta	76	14	5	5	137
• terveyskeskuksen johtoryhmä	59	21	11	9	143

Lasten ja nuorten ehkäiseviä palveluja kartoittaneiden selvitysten ja tutkimusten yhteisenä tuloksena olivat suuret erot terveyskeskusten välillä sekä sisällössä että voimavaroissa. Merkittävässä osassa terveyskeskuksia toiminta poikkesi huomattavasti suosituksista. Informaatio-ohjaus oli jäänyt pääasiassa perustason henkilöstön tukiaineistoksi. Suosituksista huolimatta sitä hyödynnettiin vain noin joka kymmenennen terveyskeskusten johtotasolla.

Informaatio-ohjauksen tehottomuus ja suuret erot terveyskeskusten välillä johtivat siihen, että vuonna 2007 voimaantulleessa kansanterveyslain muutoksessa valtioneuvostolle annettiin oikeus asetuksella säätää yksityiskohtaisemmin lasten ja nuorten ehkäisevän terveydenhuollon sisällöstä. Asetusehdotus on valmisteilla sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä. Tähän mennessä voimassa olleessa asetuksessa on säädetty ainoastaan kouluterveydenhuoltoon kuuluvista erikoistutkimuksista.

Laadun mittaaminen

Lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen tilastoseuranta rajoittuu tietoihin lääkärikäynneistä ja muun terveydenhuollon ammattihenkilökunnan käynneistä. Kun käyntien sisällöstä ei ole tietoa, luvuista ei voi tehdä luotettavia päätelmiä mahdollisista muutoksista vuodesta toiseen.

Viime vuosina neuvolatyön samoin kuin koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toteutumista terveyskeskuksissa on selvitetty useilla kyselyillä. Toukokuussa 2007 lähetettiin sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton allekirjoittamalla läheteellä terveyskeskusten johdolle (N = 231) kysely lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen suunnittelusta ja johtamisesta (Lasten ja nuorten ...). Vastaus saatiin 187 terveyskeskuksesta (vastausprosentti 81 %). Tähän mennessä on yksityiskohtaisemmin raportoitu tiedot kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toteutumisesta (Rimpelä ym; 2007a, Rimpelä ym. 2008). Neuvolatoimintaa käsittelevästä aineistosta johdettiin valtakunnallisten suositusten mukaisesti kymmenen alustavaa tunnuslukua kuvaamaan neuvolatoiminnan laatua (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Seuraavassa esitetään poimintoja kyselyn tuloksista.

Äitiys- ja lastenneuvola: Äitiysneuvolapalvelut ovat saatavilla noin 804 neuvolassa ja lastenneuvolapalvelut noin 856 neuvolassa. Äitiysneuvoloiden kattavuus on 89,7 % kaikista neuvoloista ja lastenneuvoloiden 95,5 %. Äitiysneuvoloissa asioi vuosittain vajaa 60 000 äitiä mahdollisine puolisoineen. Lastenneuvoloissa asioi noin 400 000 lasta ja arviolta noin 600 000 vanhempaa. Äitiysneuvolapalveluja käyttämättömien äitien osuus on syntymärekisteritietojen perusteella 0,2–0,3 % (Synnyttäjät..., 2007). Lastenneuvolapalveluja käyttämättömien osuus rokotuskattavuustietojen perusteella on arviolta noin 0,5 % (Leino ym. 2007).

Neuvolatyön oppaan mukaan neuvolatoiminnan johtamisen ja kehittämisen edellytyksenä on, että terveyskeskuksessa on sovittu, kuka toiminnasta vastaa (Lastenneuvola 2004a ja 2004b). Vuonna 2007 terveyskeskuksista neljässä viidesosassa oli johtavan hoitajan tai vastaavan hoitotyön johtajan virka. Noin joka kymmenennessä terveyskeskuksessa kyseinen virka tai toimi oli lakautettu. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnoista kokonaisuutena vastaavan henkilön oli nimennyt lähes kaksi kolmasosaa.

Viimeisimmän suosituksen (Lääkintöhallitus 1988) mukaan äitiysneuvolassa toimivalla kokopäivätoimisella terveydenhoitajalla saa olla enintään 80 synnyttänyttä asiakasta vuodessa. Vuonna 2006 tämä suositus oli toteutunut 61 %:ssa terveyskeskuksista (Hakulinen-Viitanen ym. 2008) ja kaksi vuotta aiemmin 40 %:ssa (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Saman suosituksen mukaan kokopäiväistä lääkäriä kohden saisi olla enintään 800 odottavaa äitiä. Vuonna 2006 lääkäriyöpanos oli suosituksen mukainen 63 %:ssa terveyskeskuksista ja kaksi vuotta aiemmin 30 %:ssa.

Lastenneuvoloissa on enintään 340 lasta yhtä kokopäivätoimista terveydenhoitajaa kohden, jos käytettävissä ei ole sijaista vuosiloman ajaksi, ja 400 lasta terveydenhoitajaa kohden, jos käytettävissä on sijainen. Terveydenhoitajan mahdollinen työskentely useammalla kuin kahdella sektorilla ja alueella asuvien maahanmuuttajaperheiden tai erityistä tukea tarvitsevien perheiden suuri määrä vähentävät suositeltua lapsimäärää. Muita mitoitukseen vaikuttavia tekijöitä ovat perheiden tuen tarve, terveydenhoitajien ja lääkäreiden työnkuva, maantieteellinen sijainti, monikielisyys ja lapsiperheille suunnatun henkilöstön määrä ja rakenne kunnassa. (Lastenneuvola 2004a ja 2004b.) Vuonna 2006 terveydenhoitajien asiakasmäärä oli suositusten mukainen 47 %:ssa (Hakulinen-Viitanen ym. 2008) ja kaksi vuotta aikaisemmin 38 %:ssa terveyskeskuksista (Hakulinen-Viitanen ym. 2005).

Neuvolatyötä tekevien lääkäreiden mitoitukseksi suositellaan 2 400 lasta yhtä kokopäivätoimista lääkäriä kohti, jos käytettävissä ei ole vuosilomansijaista, ja 2 800 lasta, jos käytettävissä on sijainen (Lastenneuvola 2004a ja 2004b). Lääkäreiden mitoitukseen vaikuttaa myös työnkuva. Muun muassa sektoroitua työtä tekevien lääkäreiden osalta mitoituksen tulisi olla pienempi, koska usean sektorin hallitseminen on aikaa vievää ja asettaa erityisiä haasteita ammattitaidon ylläpitämiselle. Vuonna 2006 henkilöstövoimavarat olivat suositusten mukaisia lääkäreiden osalta 29 %:ssa (Hakulinen-Viitanen ym. 2008) ja vuonna 2004 noin 8 %:ssa terveyskeskuksista (Hakulinen-Viitanen ym. 2005).

Kouluterveydenhuolto: Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa (Kouluterveydenhuollon 2004) suositeltiin kunnille indikaattoreita toiminnan kuvaamiseksi vuodesta 2005 alkaen. Vuonna 2005 tehdyssä terveyskeskuskyselyssä kartoitettiin ensimmäisen kerran laatusuosituksen hyödyntämistä ja tulokset raportoitiin terveyskeskuksille (esim. Kivimäki ym. 2007b; Wiss ym. 2007).

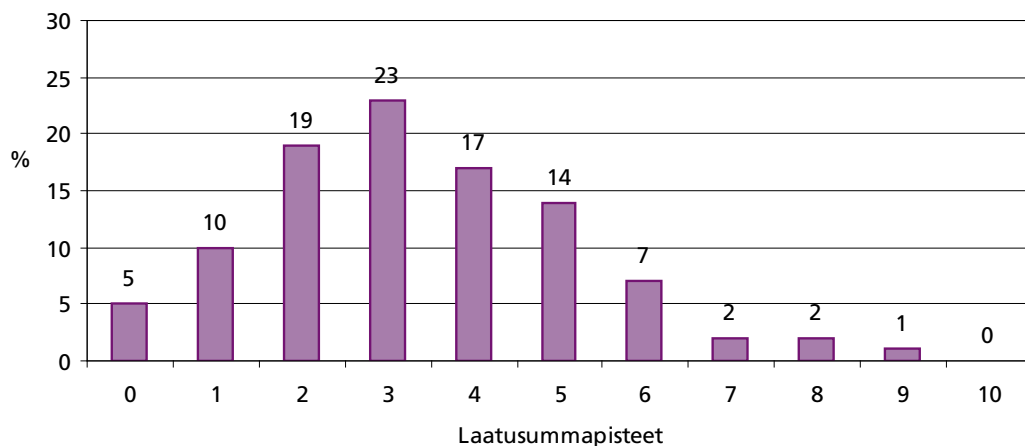
Stakes selvitti vuonna 2007 kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toteutumista (Rimpelä ym. 2007a). Suosituksen mukaan peruskoulun aikana tulisi tehdä kolme laajaa terveystarkastusta, jonka ydinsisältöjä ovat terveydenhoitajan ja lääkärin tarkastukset, huoltajan osallistuminen tarkastukseen ja arvio perheen tilanteesta, opettajan arvio oppilaan hyvinvoinnista, oppilaan terveydenhoitosuunnitelma ja yhteenveto laajojen tarkastusten tuloksista luokkatasolla. Kyselyssä 39 % terveyskeskuksista ilmoitti kolme laajaa terveystarkastusta peruskoulun aikana ja 33 % terveyskeskuksista edellisen lisäksi yhteiseen käytäntöön velvoittavan päätöksen laajojen terveystarkastusten ajankohdissa ja sisällöissä. Tulos muuttui huomattavasti, kun laajoiksi hyväksyttiin vain laatusuosituksen mukaiset toimenpiteet sisältäneet terveystarkastukset. Kaikki kysytyt peruskriteerit täytti vain 2 % terveyskeskuksista. Kun jätettiin pois luokkataso yhteenveto, laatusuosituksen mukaiset laajat terveystarkastukset toteutti joka kymmenes terveyskeskus.

Laatusuosituksesta johdettiin 10 laatukriteeriä soveltaen Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen ehdotusta (taulukko 2, Rimpelä ym. 2008). Vain muutamassa terveyskeskuksessa koululääkärin mitoitus oli suosituksen mukainen. Tältä osin laatukriteeriä kevennettiin niin, että tieto mitoituksesta katsottiin riittäväksi, vaikka työpanos oli huomattavasti suositeltua pienempi.

Kaikista kymmenestä kriteeristä saatiin tieto vain 60 %:sta niistä terveyskeskuksista, jotka vastasivat kyselyyn. Yksi tieto puuttui 20 %:lta, kaksi tietoa 10 %:lta ja 3–4 tietoa 8 %:lta. Taulukon 2 ja kuvion 1 aineistona olivat ne 184 terveyskeskusta, joiden vastauksessa oli tieto kuudesta tai useammasta laatukriteeristä. Kymmenestä laatukriteeristä laskettiin laatusumma (0–10), joka kuvaa kouluterveydenhuollon laatua terveyskeskuksissa. Laatusumma laskettiin terveyskeskuskohtaisesti siten, että tiedon puuttuminen merkitsi 0 pistettä. Terveyskeskuksissa toteutui keskimäärin kolme kouluterveydenhuollon laatukriteeriä. Viisi prosenttia ilmoitti seitsemän tai useampia laatukriteereitä ja yhtä suuri osuus ei yhtään. (Rimpelä ym. 2008).

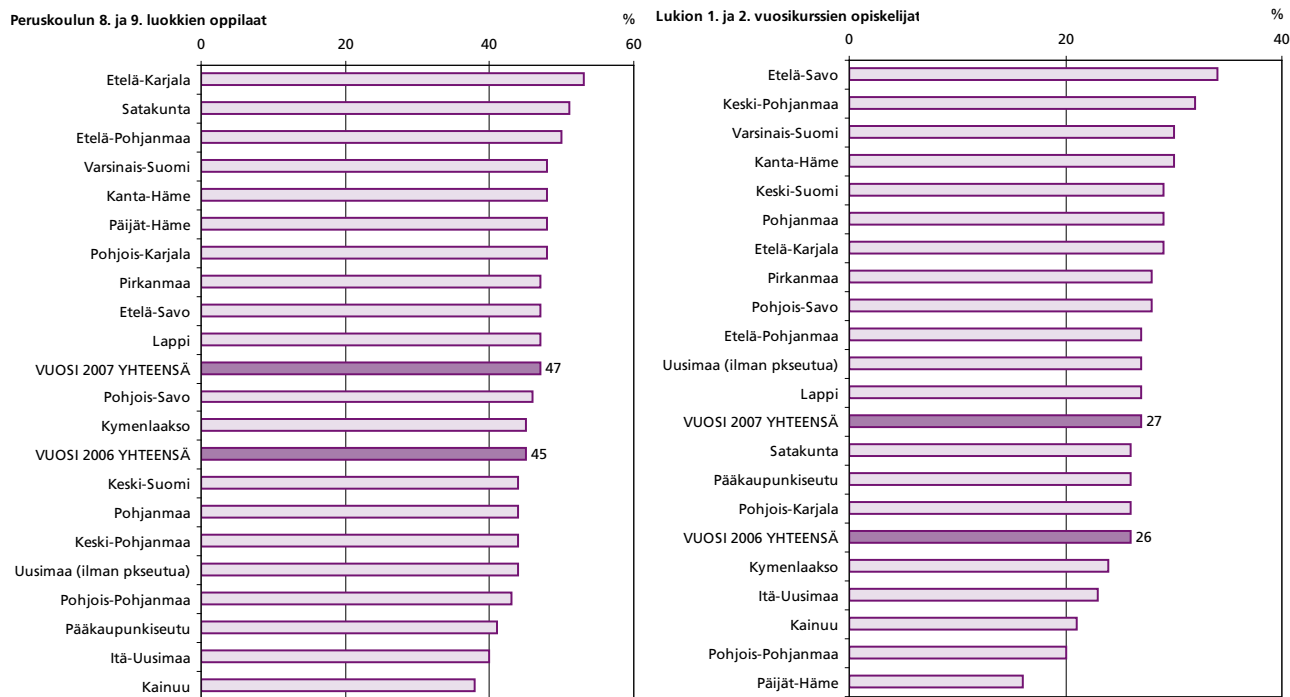
TAULUKKO 2. Kouluterveydenhuollon laatukriteerit, kriteerin täyttäneiden terveyskeskusten % osuudet (= kyllä-vastanneet) ja puuttuvien tietojen %-osuudet (Rimpelä ym. 2008)

Laatukriteeri	Kyllä %	Ei tietoa %
1. KTH:n laatusuosituksesta keskusteltu/päätetty toimenpiteistä perusturva-/sosiaali-/terveyslautakunnassa ja/tai johtoryhmässä	35	16
2. KTH:n laatusuosituksesta keskusteltu/päätetty toimenpiteistä sivistys-/opetustoimen lautakunnassa ja/tai johtoryhmässä	10	32
3. KTH:n toimintasuunnitelma 2007 hyväksytty johtoryhmässä/lautakunnassa	34	2
4. KTH:n toimintakertomus 2006 hyväksytty johtoryhmässä/lautakunnassa	35	2
5. Sosiaali-/terveystoimen viranhaltijat osallistuneet perusopetuksen opetussuunnitelman valmisteluun	35	7
6. Enintään 600 oppilasta/kokoaikainen kouluterveydenhoitaja	32	2
7. Koululääkärin työpanos suhteutettuna oppilasmäärään on tiedossa	65	0
8. Koulujen työolot tarkastetaan suunnitelmallisesti joka kolmas vuosi	26	3
9. Oppilaalle peruskoulun jokaisella vuosiluokalla terveystarkastus	36	2
10. Terveyskeskuksessa päätös laajojen tarkastusten ajankohtia ja sisältöä koskevista yhteisistä käytännöistä + oppilaille kolme terveydenhoitajan ja lääkärin yhdessä tekemää laajaa terveystarkastusta, johon huoltaja osallistuu ja johon pyydetään opettajalta arvio oppilaan hyvinvoinnista	22	3



KUVIO 1. Terveyskeskusten jakauma (%) kouluterveydenhuollon laatusumman mukaan (Rimpelä ym. 2008).

Kouluterveyskyselyn mukaan lähes puolet peruskoulun 8. tai 9. luokan oppilaista ja neljäsosa lukion 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijasta oli käynyt toistuvasti kouluterveydenhoitajan vastaanotolla lukuvuoden aikana (kuvio 2). Maakunnittaista vaihtelua oli peruskoulussa 38–53 % ja lukiossa 16–34 %.



KUVIO 2. Toistuvia käyntejä kouluterveydenhoitajan vastaanotolla ilmoittaneiden luokka-aste- ja sukupuolivakioidut prosenttiosuudet peruskoulun 8. ja 9. luokkien oppilaista ja lukioiden 1. ja 2. vuosikurssien opiskelijoista maakunnan mukaan vuosina 2006 ja 2007 (Kouluterveyskysely¹⁰)

10 <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/index.htm>.

Opiskeluterveydenhuolto: Terveystarkastusten tekemisessä opiskeluterveydenhuollossa oli suuria eroja terveyskeskusten kesken (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Määräaikaisten terveydenhoitajan ja lääkärin terveystarkastusten tekeminen opiskeluterveydenhuollossa, osuus prosentteina terveyskeskuksista (Lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen suunnittelu ja johtaminen 2007)

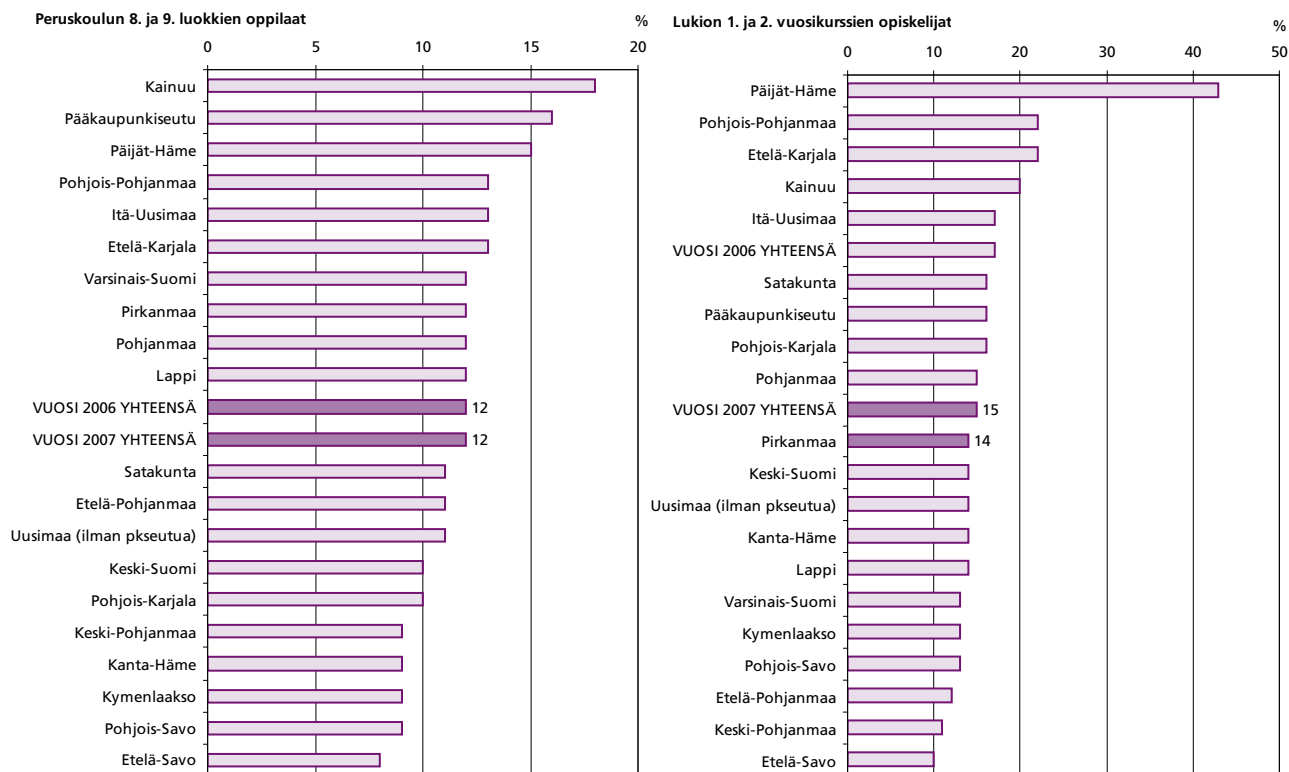
Määräaikaista terveystarkastus oppilaille	Terveydenhoitaja %	Lääkäri %
Lukion 1. vuosikurssi	63	13
Lukion muut vuosikurssit	72	46
Ammatillisten oppilaitosten 1. vuosikurssi	85	23
Ammatillisten oppilaitosten muut vuosikurssit	40	25
Ammattikorkeakoulut	75	7

Terveyskeskuksilta kysyttiin, millaisilla tunnusluvuilla opiskeluterveydenhuollosta raportoidaan toimintakertomuksissa. Käyntien ja asiakasmäärien lisäksi muita tietoja raportoitiin harvoin:

Tietoja toimintakertomuksessa, osuus prosentteina	
• Käyntimäärät	87 %
• Käynnit eriteltyinä	43 %
• Asiakasmäärät	69 %
• Erityisen tuen tarpeessa olevat opiskelijat	7 %
• Opiskelijoiden tupakointi	6 %
• Ylipainoisten opiskelijoiden osuus	5 %
• Opiskelijoiden alkoholinkäyttö	5 %
• Muita tietoja	28 %

Oppilaitosten työolot tulisi suositusten mukaan tarkastaa säännöllisesti kolmen vuoden välein. Terveyskeskuksista 21–25 % ilmoitti tekevänsä tällaisen tarkastuksen osana opiskeluterveydenhuoltoa säännöllisesti joka kolmas vuosi tai useammin. Säännöllisesti, mutta harvemmin tarkastuksia teki 40–45 % terveyskeskuksista. (Lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen suunnittelu ja johtaminen 2007.)

Oppilaiden arvioita koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta: Kouluterveyskyselyn mukaan sekä yläluokkalaisten että lukiolaisten aineistoissa oli huomattavia maakuntakohtaisia eroja kouluterveydenhuollon vastaanotolle pääsemisessä (Luopa ym. 2006). Noin 12 % peruskoulun 8. ja 9. luokkien oppilaista ja 15–17 % lukion 1. ja 2. vuosikurssien opiskelijoista koki kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn vaikeaksi. Peruskouluissa maakunnittainen vaihtelu oli 8–18 % ja lukiossa peräti 10–43 %. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn vaikeaksi kokeneiden prosenttiosuudet (luokka-aste ja sukupuoli vakioitua) peruskoulun 8. ja 9. luokkien oppilaista sekä lukion 1. ja 2. vuosikurssien opiskelijoista maakunnan mukaan vuosina 2006 ja 2007 (Kouluterveyskysely)

Pohdinta

Lasten ja nuorten ehkäiseviä palveluja on Suomessa pidetty terveydenhuollon ydintehtävänä, jotka ovat kattaneet koko maan ja kaikki ikäluokat oppivelvollisuuden päättymiseen saakka jo 1950-luvun lopussa. Tätä taustaa vasten on yllättävän vähän tietoa näiden toimintojen laadusta ja vaikuttavuudesta. Viime vuosina julkaistujen tutkimusten mukaan on mahdollista, että esimerkiksi kouluterveydenhuollossa terveyskeskusten välillä oli suuria eroja jo normiohjauksen aikana 1980–1990-lukujen vaihteessa (Kivimäki ym. 2007a).

Normiohjauksen purkamisen jälkeen tehostettiin informaatio-ohjausta. Laajassa asiantuntijayhteistyössä valmisteltiin valtakunnallisia oppaita ja laatusuosituksia. Tuoreimpien selvitysten mukaan (esim. Rimpelä ym. 2007a) niillä on ollut varsin vähän vaikutusta kuntien toimintaan. Terveyskeskusten väliset erot lasten ja nuorten ehkäisevissä palveluissa ovat pysyneet suurina. Vain osa terveyskeskuksista valmistelee erikseen suositusten mukaiset suunnitelmat ja vuosikerromukset. Näissäkin tapauksissa suunnitelmien ja kertomusten sisällöissä on suuria eroja, kuten kouluterveydenhuollosta tehty tutkimus osoitti (Kivimäki ym. 2007b). Myös voimavaroissa on paljon vaihtelua (Wiss ym. 2007).

Lasten ja nuorten ehkäisevistä palveluista ei ole toistaiseksi käytettävissä valtakunnallisesti vahvistettuja ja myös kunnissa hyväksytyjä laatukriteereitä. Oppaissa ja suosituksissa on alustavasti esitetty menetelmiä toiminnan seurantaan. Terveiden edistämisen vertaistietojärjestelmän (TedBM-hanke, Stakes) tehtävänä on valmistella vuoden 2009 loppuun mennessä ehdotukset toimintojen vertailukelpoista seurantaan varten.

Tuoreimpien tietojen mukaan vuosina 2004–2006 äitiys- ja lastenneuvoloissa on havaittavissa toiminnan myönteistä kehitystä. Kouluterveydenhuolto on pysynyt keskimäärin ennallaan. Opiskeluterveydenhuollosta ei ole aikaisempia vertailukelpoisia tietoja. Tämän yleiskuvan rinnalla on huomattava, että terveyskeskusten välillä on suuria eroja myös kehityksen suunnassa. Kun monissa terveyskeskuksissa toiminta on huomattavasti suositeltua vaatimattomampaa, löytyy myös useita terveyskeskuksia, joissa lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen laatu on käytettävissä olevien tietojen mukaan hyvää.

Avoterveydenhuollon seurannassa saadaan terveyskeskuksista ainoastaan käyntitietoja, joista ei voi tehdä päätelmiä lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen laadusta. Tästä seuraa, että valtakunnallisesti vertailukelpoista tietoa voidaan saada ainoastaan terveyskeskuksille, kouluille ja oppilaitoksille sekä lapsille, nuorille ja heidän vanhemmilleen tehdyistä kyselyistä. Tähän mennessä on parhaiten katettu kouluterveydenhuolto, josta on tietoa terveyskeskuksista (Rimpelä ym. 2007a), kouluista (Rimpelä ym. 2007b) ja oppilaista (Kouluterveyskysely, <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/index.htm>). Lisäksi helmi-maaliskuussa 2008 kerättiin lyhyellä kyselyllä tietoa vanhempainyhdistyksiltä. Kun näitä tietoja lähitulevaisuudessa yhdistetään koulu-, kunta- ja terveyskeskustasolla, saadaan vähitellen varmistuva kuva kouluterveydenhuollon laadusta. Tietojen yhdistäminen mahdollistaa alustavasti myös vaikuttavuuden tarkastelun.

Suun terveydenhuollolla oli aikaisemmin tärkeä osa lasten ja nuorten ehkäisevissä palveluissa. Normiohjauksen purkamisen jälkeen suun terveydenhuollosta koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ei ole valmisteltu yksityiskohtaisempia suosituksia, joista voisi johtaa laatuksiteereitä. Lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen kyselyissä on tähän mennessä ollut suun terveydenhuollosta vain muutamia kysymyksiä, eikä niiden avulla voi muodostaa luotettavaa kuvaa toiminnan laadusta ja vaihtelusta terveyskeskuksissa.

Tulokset kouluterveydenhuollon laajojen terveystarkastusten toteutumisesta (ks. taulukko 2) osoittavat, että suuressa osassa terveyskeskuksia laajoiksi tulkitaan terveystarkastuksia, jotka täyttävät vain osittain laatusuosituksen kriteerit. Kun halutaan selvittää suosituksen toteutumista tai muuten vertailukelpoisesti tehdä toimintaa näkyväksi, yleiset kysymykset tuottavat helposti liian myönteisiä tuloksia. Toiminnan kuvaamisessa kysymysten tulee olla riittävän yksityiskohtaisia. Esimerkiksi laajoista terveystarkastuksista on kysyttävä erikseen jokaista keskeistä toimintaa.

Tähän mennessä kertyneet tiedot antavat aiheen tarkastella yleisemminkin lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen asemaa kunnissa ja terveyskeskuksissa. Vielä 1970-luvulla niitä pidettiin kansanterveystyön ydintehtävinä. 1980-luvulta alkaen ehkäisevä työ on terveyskeskuksissa jäänyt sairaanhoidon varjoon. Väestövastuun tullessa keskeiseksi toimintalinjaksi ehkäiseviin palveluihin keskittyneitä toimintoja purettiin. Hoitotakuu on 2000-luvulla entisestään korostanut sairaanhoitoa. Henkilöstöpulan haasteessa monet terveyskeskukset ovat keskittäneet käytettävissä olevat voimavarat ensisijaisesti sairaanhoitoon. Etenkin lääkäreiden työpanos lasten ja nuorten ehkäisevissä palveluissa on vähentynyt.

Lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen laadun varmistamisessa keskeinen haaste on *hyvien yhteisten toimintojen* määrittäminen yhdessä niiden toteutumisen ja vaikutusten jatkuvan seurannan kanssa. Hyvän yhteisen toiminnan tulisi perustua tutkimuksesta ja kokemuksesta johdettuun *systemaattiseen (geneeriseen) toimintamalliin*. Jotta toteutumista voidaan seurata, on hyvä yhteinen toiminta *tuotteistettava* ja samalla määriteltävä toteutumisen seuranta varten *laatuksiteerit ja niiden mittarit*. Nämä haasteet ovat yhteneväisiä koko maassa. Monelta osin ehkäisevien palvelujen näyttöön perustuvia hyviä käytäntöjä voidaan pitää globaaleina, aikaan ja paikkaan sitoutumattomina.

Yksittäisessä kunnassa, terveyskeskuksessa, neuvolassa tai oppilaitoksessa haasteena on *hyvien yhteisten käytäntöjen* soveltaminen paikallisiin tarpeisiin ja voimavaroihin. Tämän aikaan ja paikkaan sitoutuvan toiminnan erottamiseksi edellisessä kappaleessa kuvatussa suositellaan termiksi *yhteisiä käytäntöjä*. Paikallisesti voidaan puhua hyvistä yhteisistä käytännöistä vasta sil-

loin, kun toiminnan sisältö ja vaikutukset täyttävät hyvälle laadulle asetetut yhteiset vaatimukset. Yhteiset käytännöt voivat poiketa huomattavastikin hyvistä yhteisistä käytännöistä. Olennaista on, että kunnissa ja terveyskeskuksissa päätetään lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen yhteisistä käytännöistä ja samalla tietoisesti ratkaistaan niiden suhde hyviin yhteisiin käytäntöihin.

Hajautetussa terveydenhuoltojärjestelmässä kuntien itsehallintoon kuuluu vapaus päättää, miten laadukasta ehkäisevää toimintaa lapsiperheille, lapsille ja nuorille tarjotaan. Tämä itsehallinto ei kuitenkaan vapauta kuntia toiminnan läpinäkyvyyden vaatimuksesta. Kuntalaisilla on oikeus tietää, mihin tasoon heidän kunnassaan ehkäisevät palvelut on mitoitettu suhteessa tarpeeseen ja valtakunnallisiin hyvien käytäntöjen suosituksiin. Tästä seuraa, että kuntien tulisi kuvata omaa toimintaansa ehkäisevissä palveluissa valtakunnallisesti vahvistetuilla laatuksiteereillä ja näin tehdä avoimesti näkyväksi toiminnan sisältö, voimavarat ja myös laatu.

Lähteet ja kirjallisuus

- Bardy M, Salmi M & Heino T. (2001) Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Stakes Raportteja 263:2001. Helsinki: Stakes.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M & Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta Suomessa (2005) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A & Rimpelä M. (2008) Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Raportteja 21. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R21-2008-VERKKO.pdf> [8.10.2008].
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.
- Kansanterveystoimikunnan mietintö. KoM 1969:A3.
- Kivimäki H, Saaristo V, Kosunen E, Rimpelä A, Wiss K & Rimpelä M. (2007 a) Kouluterveydenhuollon käynnit 1004–2005 – Toteutuiko tasa-arvo terveyskeskusten välillä informaatio-ohjauksen aikakaudella. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 44, 207–215.
- Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A, Saaristo V, Wiss K & Rimpelä M. (2007b) Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta Suomen Lääkärilehti 62, 61–67.
- Kokko, Simo (toim.) (1993) Tähän meillä pitää olla varaa. Kannanotto lasten ja nuorison terveyspalveluiden vähimmäistasosta, sisällöstä, mitoituksesta ja saatavuudesta. Aiheita 42/1993. Helsinki: Stakes.
- Kouluterveyskysely. <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/index.htm> [8.10.2008].
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus (2004) Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. Helsinki: STM ja Suomen Kuntaliitto.
- Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskoululle ja kunnille. Stakes Oppaita 51. Stakes, Helsinki 2002.
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. (2004a) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:14. Helsinki.
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa (2004b) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:13. Helsinki.
- Lasten ja nuorten ehkäisevien terveyspalvelujen suunnittelu ja johtaminen -esitutkimus 2007. <http://info.stakes.fi/TedBM/FI/kyselyt/lastenep.htm> [8.10.2008].
- Leino T, Koskeniemi E, Saranpää P-R, Strömberg N & Kilpi T. (2007) Rokotuskattavuus edelleen huippuluokkaa. Alkuperäistutkimus. Suomen Lääkärilehti 62, 739–743.
- Luopa, Pauliina; Pietikäinen, Minna & Jokela, Jukka. Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveys-tottumukset 1996–2005 (2006) Työpapereita 25. Helsinki: Stakes.
- Lääkintöhallitus. Äitiyshuolto terveyskeskuksissa (1988) Lääkintöhallituksen ohjekirje nro 2/1988. Dno 653/02/86. Helsinki.
- Opiskeluterveydenhuollon opas (2006) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Helsinki.
- Opiskelijaterveydenhuollon tila vuonna 2002 (2003) Selvityshenkilöiden raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:25. Helsinki.
- Rimpelä M, Happonen H, Saaristo V, Wiss K & Kainulainen H. Kouluterveydenhuollon laatu terveyskeskuksissa 2007 (2008) Abstrakti teoksessa M Ritamo (toim.). Terve Kunta -päivät 22.–23.1.2008, Paasitorni, Helsinki. Stakes Työpapereita 1/2008. Helsinki: Stakes.
- Rimpelä, Matti; Wiss, Kirsi; Saaristo Vesa; Happonen, Hanna; Kosunen, Elise & Rimpelä, Arja (2007a) Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007. Stakes Työpapereita 32/2007. Helsinki: Stakes.
- Rimpelä M, Rigoff A-M, Kuusela J & Peltonen H. (toim.) (2007 b) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa – perusraportti kyselystä 7.–9. vuosiluokkien kouluille. Helsinki: Opetushallitus ja Stakes.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011 (2007) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 17. Helsinki.
- Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2006. (2007) Helsinki: Stakes. http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/synnyttajat_teksti.htm.

- Taskinen, Sirpa (toim.) (1995) Miten käy lasten palvelujen? Koulujen psykososiaalisen oppilashuollon, kouluterveydenhuollon ja kasvatus- ja perheneuvonnan virkaselvitys 1993–1994. Aiheita 6/1995. Helsinki: Stakes.
- Varjoranta P, Pirskanen M, Pelkonen M, Hakulinen T & Haapakorva A. (2004) Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:4. Helsinki.
- Viisainen K (toim.) (1999) Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Asiantuntijatyöryhmän raportti. Stakesin oppaita 34. Helsinki: Stakes.
- Wiss, Kirsi; Kivimäki, Hanne; Kosunen, Elise; Rimpelä, Arja; Saaristo, Vesa & Rimpelä, Matti. Kouluterveydenhuollon henkilöstössä on suuria eroja (2007) Suomen Lääkärilehti 62,53–59.

Suomalaislapset lastensuojelutilastojen valossa

SALLA SÄKKINEN

Stakes kerää vuosittain tiedot lastensuojelun avohuollon tukitoimien piirissä olevista sekä kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista ja nuorista. Lastensuojelutilastojen tietosisällöt ovat uudistumassa, ja ensimmäisen kerran uusilla tietosisällöillä kerätään vuotta 2008 koskevat tiedot. Tietosisällöt on uudistettu siten, että niissä on pyritty huomioimaan uuden lastensuojelulain tuomat vaateet. Haasteena on tarjota uuden lain seurantaan riittävät tilastotiedot.

Uudistetut lastensuojelutilastot kertovat muun muassa sen, kuinka monesta suomalaislapsista on tehty lastensuojeluilmoitus vuoden aikana. Tiedot saadaan myös ilmoitusten lukumääristä. Ilmoitusten lukumäärätieto kertoo siitä, kuinka yleistä on, että lapsista on tehty vuoden aikana useampi ilmoitus. Uuden lain myötä jokaiselle lastensuojelun asiakkaalle on tehtävä lastensuojelutarpeen selvitys. Niinpä vastaisuudessa tullaan saamaan tietoja vuoden aikana tehdyistä lastensuojelutarpeen selvityksistä sekä selvityksen jälkeen laadituista asiakassuunnitelmista. Avohuollon asiakkaina olleiden lukumääristä sekä poistuneista ja lakkautuneista asiakkuuksista saadaan myös tiedot. Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista saadaan tiedot lasten lukumääristä, sijoitusajasta, sijoituspaikasta ja sijoitusperusteesta. Tiedoista ilmenee muun muassa, kuinka moni suomalaislapsi on sijoitettuna sijaisperheeseen ja kuinka moni lastensuojelulaitokseen sekä kuinka moni lapsista on sijoitettuna avohuollon tukitoimena ja kuinka moni on huostaan otettuna. Huostaanotetuista saadaan erikseen kiireellisesti ja tahdonvastaisesti huostaanotetut. Sijoitusajan avulla voidaan seurata lasten sijoitusjaksojen pituuksia ja sitä, kuinka yhtäjaksoisia jaksot ovat olleet.

Aikasarjatiedoista saadaan kuvaa ilmiöiden kehityksestä ja voidaan esimerkiksi tarkastella, miten perhesijoitusten osuudet ovat kasvaneet tai vähentyneet laitoshuollonsijoituksiin verrattuna. Sukupuolitietojen avulla voidaan vertailla eroja tyttöjen ja poikien välillä ja ikäryhmätiedot mahdollistavat eri-ikäisten lasten tarkastelut: onko pieniä lapsia sijoitettuna enemmän perhehoitoon jne. Aluetiedot mahdollistavat alueelliset tarkastelut.

Tulevaisuuden isona haasteena on saada tiedon keruun piiriin palvelujen laatua ja vaikuttavuutta kuvaavia indikaattoreita siltä osin kuin se on mahdollista. Oma haasteensa on myös päättää mitä tietoja on valtakunnallisesti kerättävä vuosittain ja milloin riittää, että tiedot kerätään erilliselviksenä kahden kolmen vuoden välein.

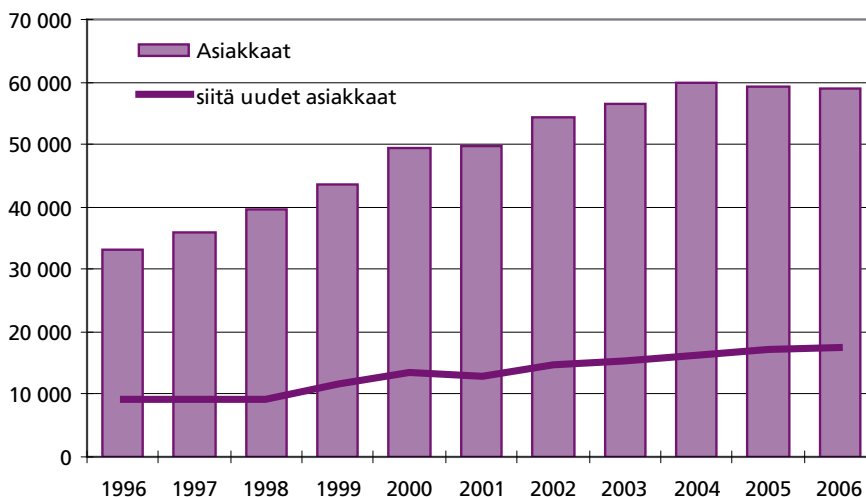
Lastensuojelun avohuolto

Suurin osa suomalaislapsista ja nuorista voi hyvin. Suomessa on kuitenkin jatkuvasti kasvava joukko lapsia ja nuoria, jotka tarvitsevat apua kodin ulkopuolelta ja jotka päätyvät lastensuojelullisten tukitoimien piiriin. Useat näistä lapsista ajautuvat lastensuojelun piiriin. Lastensuojelun tarkoituksena on puuttua perheen vaikeisiin tilanteisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tavoitteena on tukea perheitä heidän ongelmissaan ja ehkäistä uusien ongelmien syntymistä.

Suomessa oli vuonna 2006 lastensuojelun avohuollon asiakkaana 59 100 lasta ja nuorta. Uusia asiakkaita lapsista ja nuorista oli 29 %. Avohuollon piirissä olleiden lasten ja nuorten määrä on viimeisten kymmenen vuoden aikana lähes kaksinkertaistunut. Avohuollossa olleiden lasten ja nuorten osuus 0–17-vuotiaista on kasvanut 1990-luvun alun kahdesta prosentista vähän yli viiteen prosenttiin. Parin viime vuoden perusteella näyttäisi kasvu kuitenkin pysähtyneen ja paikoin on määrissä havaittu jopa laskua. Kokonaismäärien vähenemiseen on kuitenkin vielä tässä vaiheessa suhtauduttava tietyin varauksin. Muutamissa suuremmissa kaupungeissa on otettu käyttöön uusi asiakastietojärjestelmä, jonka yhteydessä on samalla tarkennettu lastensuojelun

avohuollon asiakkuuden määritelmiä. Siksi avohuollon piirissä olleiden lasten lukumäärät ovat kyseisissä kaupungeissa vähentyneet. (Kuvio 1.)

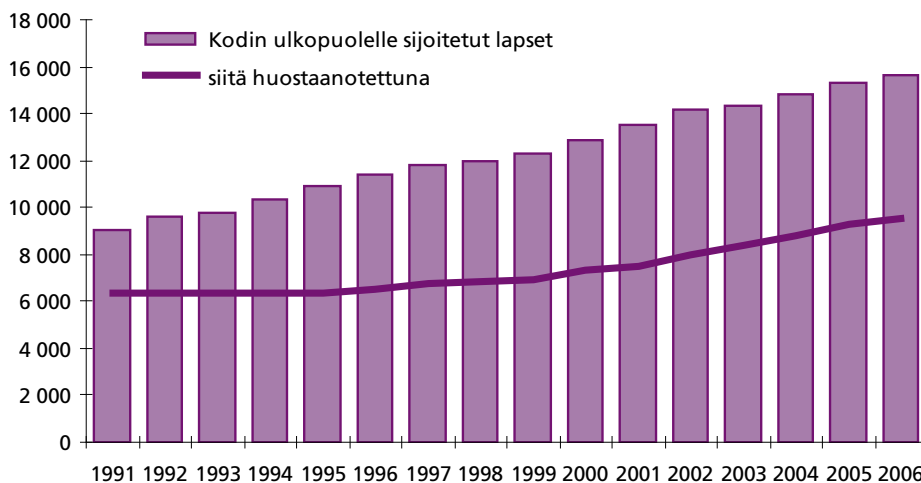
Mistä lastensuojelun avohuollon piirissä olevien lasten lukumäärät ja lukumäärissä tapahtuneet muutokset kertovat? Luvut kertovat lastensuojelun avohuollon asiakasmäärien valtakunnallisen kehityssuunnan, mutta tarkempaa vastausta ja tulkintaa ei voida tehdä ilman laajempia taustatietoja ja syvällisempää tutkimusta.



KUVIO 1. Lastensuojelun avohuollon asiakkaana olleet lapset ja nuoret 1996–2006

Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset

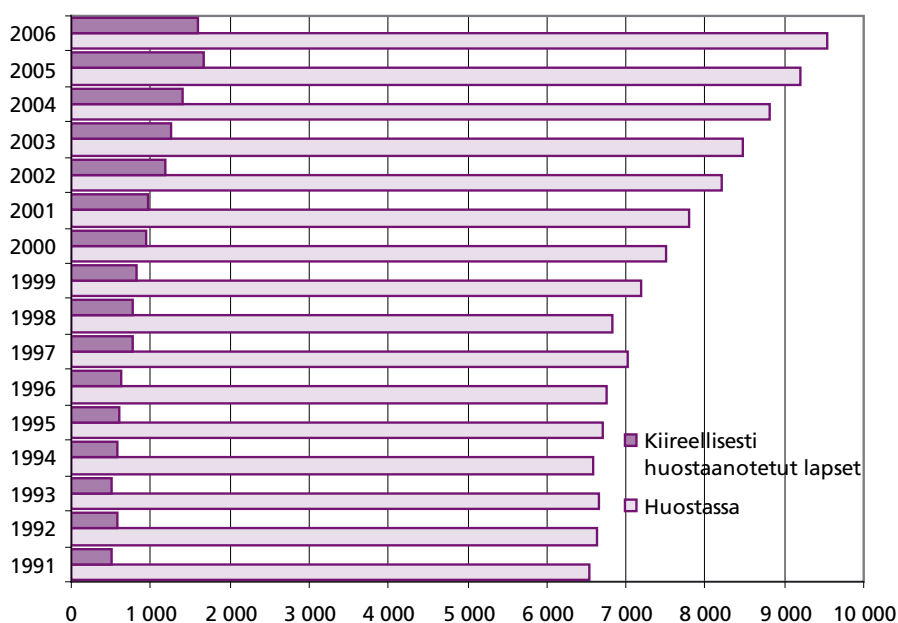
Aina eivät avohuollon tukitoimet riitä ja joudutaan turvautumaan kodin ulkopuolisiin sijoituksiin. Vuonna 2006 oli 15 600 suomalaislasta sijoitettuna kodin ulkopuolelle. Sijoitettujen osuus 0–17-vuotiaista oli 1,2 %. Sijoitettujen kokonaismäärä on kasvanut jo toistakymmentä vuotta. Määrät ovat kasvaneet 2–5 prosentin vuosivauhtia. (Kuvio 2.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (KASTE) on yhdeksi tavoitteeksi asetettu se, että kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten lukumäärät kääntyvät laskuun.



KUVIO 2. Kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret vuosina 1991–2006

Sijoitetuista lapsista ja nuorista 35 % oli perhehoidossa, 49 % laitoshuollossa ja 16 % muussa huollossa. Laitoshuollossa olleista oli 34 % sijoitettuina ammatillisiin perhekoteihin tai perheryhmäkoteihin ja vastaaviin. Perhesijoitusten osuus on laskenut jo pitempään ja laitoshuollon osuus vastaavasti kasvanut. Kaikilla alueilla ei ole ollut tarjolla riittävästi sijaisperheitä. Ongelmana on ollut myös se, että sijaisperheet sijaitsevat alueellisesti epätasaisesti. On kuntia, joissa kaikki sijaishuoltoa tarvitsevat lapset on voitu sijoittaa perhesijoitukseen, ja vastaavasti on kuntia, joissa lapsia on jouduttu sijoittamaan laitoksiin, koska sijaisperheitä ei ole ollut tarjolla.

Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista osa on sijoitettuina avohuollon tukitoimin ja osa huostaan otettuna. Suomessa oli vuonna 2006 huostaan otettuja lapsia 9 500. Huostassa olevien määrät ovat kasvaneet 2–6 %:n vuosivauhtia. Etenkin 16–17-vuotiaiden huostaanotot ovat lisääntyneet. Huostaan otetuista vajaa 20 % oli huostassa tahdonvastaisesti. Kiireellinen huostaanotto koski kaikkiaan 1 590 lasta. Sama lapsi voi sisältyä sekä kiireellisiin huostaanottoihin että huostassa olleisiin. Osa huostassa olleista lapsista siirtyi vuoden aikana jälkihuoltoon täytettyään 18 vuotta. (Kuvio 3.)

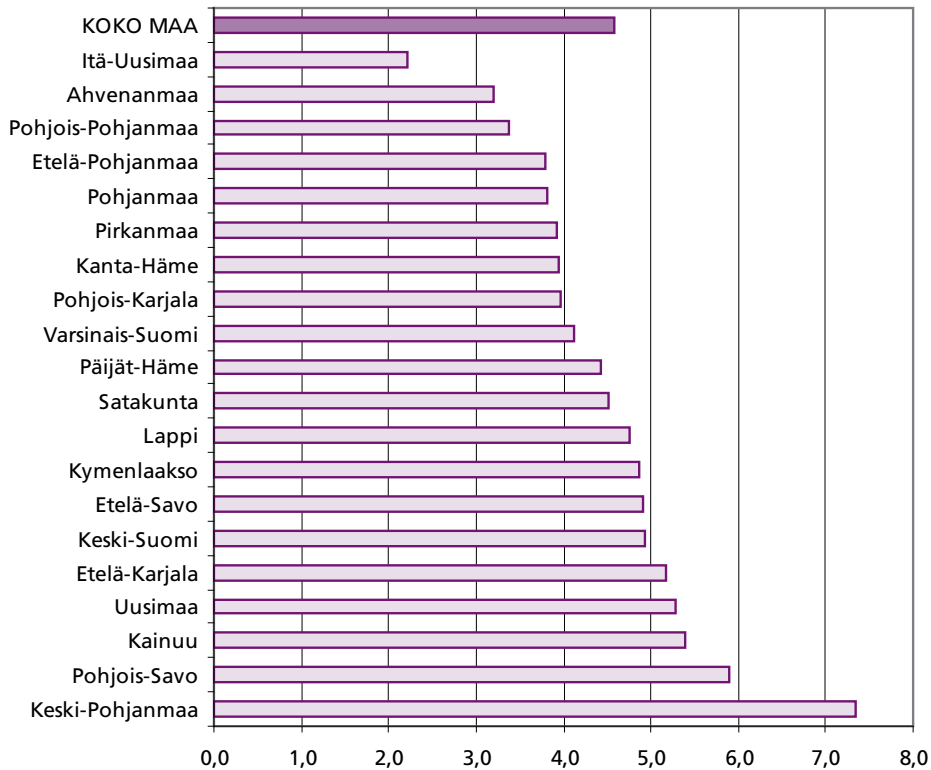


KUVIO 3. Kiireellisesti huostaan otetut ja huostassa olleet lapset vuosien 1991–2006 aikana (Lapsi on lukumäärissä kertaalleen, mutta sama lapsi voi sisältyä sekä kiireellisiin huostaanottoihin että huostassa olleisiin.)

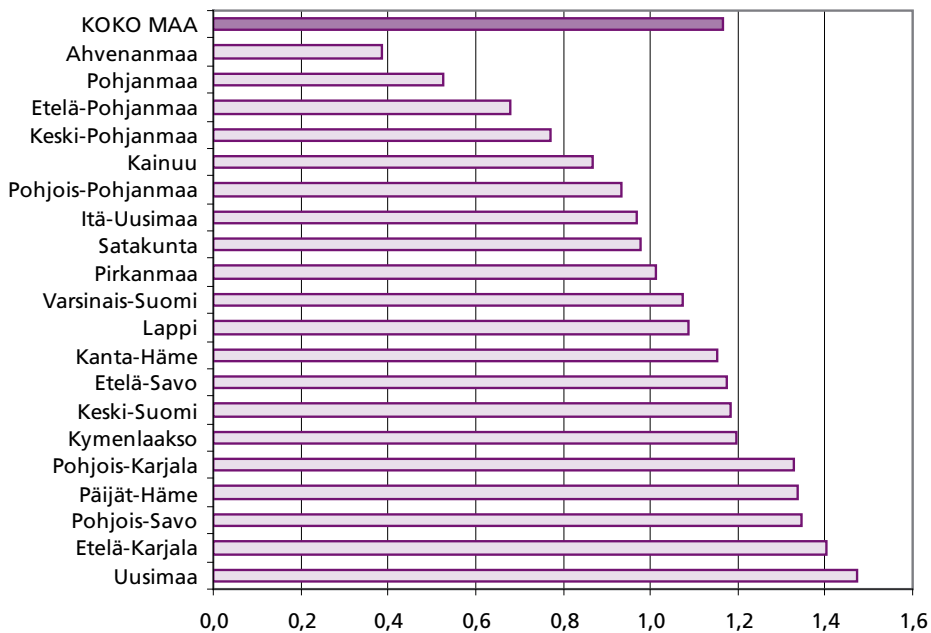
Alueelliset eroavuudet

Lastensuojelulasten lukumäärissä ja väestöosuuksissa on alueellisia eroavuuksia. Maakuntien välillä avohuollossa olleiden lasten osuudet voivat vaihdella 2,2 %:sta 7,3 %:iin. (Kuvio 4.) Suurimmat osuudet olivat Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Savon ja Kainuun maakunnissa ja pienimmät Itä-Uusimaalla, Ahvenanmaalla ja muissa pohjanmaan kunnissa Keski-Pohjanmaan maakuntaa lukuun ottamatta. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuudet vastaavanikäisestä väestöstä vaihtelivat puolestaan 0,4 %:sta 1,5 %:iin. Suurimmat osuudet olivat Uudellamaalla, Etelä-Karjalassa ja Pohjois-Savossa ja pienimmät Ahvenanmaalla ja pohjanmaan maakunnissa. Kuntien välillä löytyy vieläkin suurempia eroavuuksia. Avohuollossa osuudet voivat vaihdella 0 %:sta – 16 %:iin ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osalta 0 %:sta – 4,8 %:iin välillä. Eroja löytyy

myös kaupunkien, taajamien ja maaseutujen välillä. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus 0–17-vuotiaasta väestöstä oli kaupungeissa 1,4 %, mutta sen sijaan taajamissa ja maaseudulla puolet vähemmän eli 0,7 %. (Kuvio 5.)



KUVIO 4. Lastensuojelun avohuollon 0–20-vuotiaiden asiakkaiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä v. 2006, %



KUVIO 5. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0–17-vuotiaiden osuus vastaavaniikäisestä väestöstä v. 2006, %

Tarkkaa tietoa suurien alueellisten erojen syistä ei ole. Alueelliset erot voivat ilmentää useita eri asioita. Esimerkiksi lastensuojelun avohuollon luvut voivat olla alueella suuret, koska alueella on panostettu erityisen paljon lastensuojelun avohuoltoon tai alueella on oikeasti esiintynyt tavallista enemmän sosiaalisia ongelmia ja lastensuojelun avohuollon tarvetta jne. Samoin voi olla niin, että paljon perhehoitoa käyttävillä alueilla on saatettu erityisen voimakkaasti panostaa sijaisperheiden saamiseen, tukemiseen ja valmennukseen jne. Alueellisten erojen todellisten syiden selville saaminen edellyttäisi tutkimuksen tekemistä.

Lastensuojelun kustannukset

Tilastokeskus kerää tietoja lastensuojelun kustannuksista. Tietoja on mahdollista saada lasten ja nuorten laitoshuollon käyttökustannuksista. Lastensuojelun avohuollon osalta kustannustietoja ei ole saatavilla. Vuonna 2005 lasten ja nuorten laitoshuollon käyttökustannukset olivat 336 miljoonaa euroa. Viimeisten kymmenen vuoden aikana ovat kustannukset lähes kolminkertaistuneet. Myös 0–17-vuotiaaseen väestöön suhteutetut luvut ovat kolminkertaistuneet.

Tulevaisuuden haasteena olisi saada myös lastensuojelun avohuollon kustannukset valtakunnalliseen seurantaan. Näin voitaisiin seurata kustannusten jakautumista avo- ja laitoshuollon kesken. Ennalta ehkäisevään avohuoltoon panostamisen voitaisiin olettaa vähentävän kodin ulkopuolisten sijoitusten tarvetta.

Lähteet ja lisätietoja

Lastensuojelu 2006. Tilastotiedote 13/2007. Stakes http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/Tt13_07.pdf [22.10.2008].

Lastensuojelu. SVT. Stakes. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lapsuusjaperhe/lastensuojelu.htm> [22.10.2008].

Sotkanet-verkkopalvelu. www.sotkanet.fi. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu> [22.10.2008].

3.2 Ikääntyneiden ihmisten palvelut

Indikaattorit palvelujen kehityksen seurantaan

SARI KAUPPINEN, PÄIVI VOUTILAINEN, HARRIET FINNE-SOVERI JA REIJA HEINOLA

Johdanto

Ikääntyneiden palveluiden määrällisiä ja laadullisia tavoitteita on asetettu sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön strategiassa, Hyvinvointi 2015 -ohjelmassa ja Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa, terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa, sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa 2008–2011 (KASTE) sekä ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa. Asiakirjojen keskeiset linjaukset korostavat ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden sekä toimintakyvyn ja kuntoutumisen monimuotoista tavoitteellista edistämistä, kattavaa palvelutarpeiden arviointia, kotona asumisen tukemista ja avopalvelujen ensisijaisuutta sekä riittävien ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamista. Erityisesti 2000-luvulla tavoitteissa on korostunut vaurautuminen ikäihmisten määrän lisääntymiseen ja palvelutarpeiden kasvuun. Mitä pidemmälle 2000-luvulla on tultu, sitä korostuneemmin ovat esillä ikäihmisten terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen, ehkäisevien, etsivien ja kuntouttavien palveluiden kehittämiseen sekä aktiiviseen osallistumiseen liittyvät painotukset. Lisäksi on käytettävissä koko joukko valtakunnallisia hoitosuosituksia¹¹, joiden avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. Hoitosuositukset toimivat tukena käytännön työssä ja perustana laadittaessa alueellisia hoito-ohjelmia.

Järjestelmällinen arviointitiedon keruu ja julkaiseminen em. asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta on keskeinen osa vaikuttavaa informaatio-ohjausta. Tavoitteiden toteutumisen seurantaan on käytettävissä useita käyttökelpoisia indikaattoreita, joiden avulla kunnissa ja valtakunnan tasolla voidaan arvioida kehitystä ajassa ja verrata tietoja toisten kuntien ja koko valtakunnan tilanteeseen. Tällaisia tietoja saadaan koko maan tasolla, alueittain ja kunnittain Stakesin SOTKANet-verkkopalvelusta¹².

SOTKANetin lisäksi luotettavia indikaattoreita on saatavilla RAI-tietokannassa. RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument) perustuu asiakkaan tarpeiden monipuoliseen järjestelmälliseen arviointiin ja soveltuu yksilön hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan ja hoidon tulosten seurantaan. Uutena ulottuvuutena valikossa on palveluohjauksen laatu ja kustannusvaikeus, jotka vastaavat myös palvelutarpeen arviointipaineeseen iäkkäillä. Järjestelmä käsittää satoja osioita, joista samalla rakentuu joukko kansainvälisesti arvioituja, päteviksi ja luotettaviksi todettuja mittareita, jotka tunnuslukuineen muodostavat työvälitteet palvelujen suunnitteluun ja tulosten seurantaan sekä henkilöstön johtamiseen iäkkäiden hoitoketjun kaikilla portilla. Järjestelmä soveltuu vertailukehittämisen välineeksi kaikkiin ikääntyneiden palveluihin. Mukaanolo RAI-vertailukehittämisessä tarjoaa vertailukelpoista tietoa asiakkaista, hoidon laadusta, tuottavuudesta ja henkilöstöstä.

Indikaattoreita ikääntyneiden palveluiden kehityksen seurantaan ja arviointiin on siis tarjolla varsin paljon. Olemassa olevia indikaattoreita on hyödynnetty kokoamalla niiden tuottamaa tietoa ja tekemällä päätelmiä palveluiden määrällisestä ja laadullisesta kehityksestä esimerkiksi a) säännöllisesti julkaistaviin tilastoraportteihin (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2007; Ikääntyneiden palvelut 2007), b) julkaisemalla tiedot erillisjulkaisuissa (Finne-Soveri ym. 2006; Noro ym. 2005) sekä c) kirjoittamalla artikkeleita eri julkaisuihin (Voutilainen ym. 2007).

11 www.kaypahoito.fi.

12 www.sotkanet.fi.

Kuntatasolla haasteena on olemassa olevan tiedon parempi hyödyntäminen palveluja, palvelujen laatua ja koko palvelujärjestelmää kehitettäessä.

Palvelutarveindikaattorit

Palvelutarpeiden arviointia tehdään yksilötasolla, mutta arviointia kannattaa tehdä myös kuntatasolla. Palvelutarveindikaattoreiden avulla voidaan palvelurakennetta kehittää ja mitoittaa kuntalaisten tarpeita vastaavaksi. Kuntalaisten tarpeisiin oikea-aikaisesti vastaavat palvelut ovat laadukkaiden ja vaikuttavien palveluiden kivijalka. Palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä, joiden seuranta on mahdollista SOTKANet- verkkopalvelun avulla vuosittain ja kuntatasolla, ovat muiden muassa seuraavat:

- väestön ikärakenne ja -ennuste, lukumäärä ja prosentuaalinen osuus (väestöennuste kuntatasolla on saatavissa Tilastokeskukselta)
- puutteellisesti tai erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvien 65 ja 75 vuotta täyttäneiden lukumäärä ja prosentuaalinen osuus (nämä tiedot ovat saatavissa Tilastokeskukselta)
- yksin asuvien 65 ja 75 vuotta täyttäneiden lukumäärä ja prosentuaalinen osuus
- täyden kansaneläkkeen saajien 65 vuotta täyttäneiden lukumäärä ja prosentuaalinen osuus.

Ikääntyneen väestön määrä ja osuus 65, 75 ja 85 vuotta täyttäneisiin suhteutettuna kuvaa taustamuuttujana palvelutarvetta ja toimii peilinä, johon muita indikaattoreita voidaan suhteuttaa. Asunnon puutteellinen varustustaso vaikeuttaa toimintakykyrajoitteisten ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista. Asunto on puutteellisesti varustettu, kun siitä puuttuvat peseytymistilat ja/tai keskuslämmitys (tai sähkölämmitys). Erittäin puutteellisesti varustetusta asunnoista puuttuu vesijohto, viemäri, lämminvesi tai wc. Yksin asuvien lukumäärä ja osuus on indikaattori, jolla on merkitystä suunniteltaessa palvelujen järjestämistä. Yksin asuminen vaikeuttaa toimintakyvyltään heikentyneiden, erityisesti muistihäiriöistä kärsivien kotona asumista ja lisää tuen ja palvelujen tarvetta sekä ympärivuorokautisen hoivan tarpeen riskiä. Täyttä kansaneläkettä saavat vain ne, joilla on vähäiset ansioeläkkeet, jolloin täyden kansaneläkkeen saajien lukumäärä ja prosentuaalinen osuus kuvaa indikaattorina vähätuloisuutta ja heijastaa köyhyyttä. Köyhyys puolestaan on taustatekijä, joka vaikuttaa monella tavalla sairastavuuteen, palvelujen tarpeeseen ja kykyyn hankkia maksullisia palveluja.

Palvelurakenneindikaattorit

Valtakunnallisia tavoitetasoja kuvaavia indikaattoreita on asetettu sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa 2008–2011 (KASTE) ja ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa. Taulukossa 1 kuvataan sekä indikaattori että em. dokumenteissa esitetyt tavoitetasot sekä niiden kuntien osuus, joissa tavoitteet saavutettiin vuonna 2007.

Näillä tavoitteilla on sekä inhimillisiä että taloudellisia päämääriä. Toteutuessaan ne lisäävät ikäihmisten elämänlaatua ja hillitsevät sosiaali- ja terveystalouden kustannusten kasvua. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 1. Palvelurakenneindikaattorit ja tavoitetasot suhteutettuna 75 vuotta täyttäneisiin sekä niiden kuntien osuus, joissa tavoitteet saavutettiin vuonna 2007

Indikaattorit	Suosituksessa esitetyt valtakunnalliset tavoitetasot % 75 vuotta täyttäneistä	Tavoitteiden toteutuminen kunnissa vuonna 2007 % 75 vuotta täyttäneistä
Kotona asuvien osuus*	91–92	joka neljäs kunta
Säännöllistä kotihoitoa saavien osuus	13–14	joka kolmas kunta
Omaishoidon tukea saavien osuus	5–6	joka kolmas kunta
Tehostetussa palveluasumisessa asuvien osuus	5–6	vajaa puolet kunnista
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa** olevien osuus	3	joka kuudes kunta

* Pois lukien tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa olevat.

** Vanhainkodit, terveyskeskussairaalat.

TAULUKKO 2. Palvelurakennetta kuvaavat palvelujen peittävyysindikaattorit ikääntyneiden palveluissa 2000–2007 (prosenttiosuus 75 vuotta täyttäneistä)

	2000 % 75 v täyttäneistä	2005 % 75 v täyttäneistä	2007 % 75 v täyttäneistä
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet	89,8	89,6	89,4
Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet		11,5	11,3
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana	3,0	3,7	3,9
Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12.	1,7	3,4	4,2
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhaikodeissa tai terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12.	8,4	6,8	6,3

Alueelliset erot ovat kuitenkin varsin suuria (ks. liitetaulukko 1).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen indikaattorit

Ikäihmisten hyvinvoinnin ja elinolojen seuranta auttaa osaltaan ennakoimaan ja kehittämään palvelujärjestelmää. Stakesin SOTKANet-verkkopalvelussa on kaksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvää indikaattoriryhmää, joissa erityisesti ikääntyviä koskevia indikaattoreita on noin 20. Näitä ovat muiden muassa:

- Yksinasuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä asuntoväestöstä
- Täyttä kansaneläkettä saaneet 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä
- Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä 1 000 vastaavanikäistä kohden
- Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä 1 000 vastaavanikäistä kohden
- Vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalassa hoidetut 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä
- Kuolleisuus 65 vuotta täyttäneillä 100 000 vastaavanikäistä kohden.

Henkilöstöön liittyvät indikaattorit

Riittävä määrä osaavaa henkilökuntaa on keskeinen edellytys laadukkaiden prosessien toimivuudelle ja sitä kautta hyvälle tuloksille: ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden myönteiselle kehitykselle. Henkilöstön määrään ja koulutusrakenteeseen liittyvää tietoa, jota tuotetaan säännöllisesti tilastojulkaisuissa, ovat:

- Kunnallisen henkilöstön määrä ja koulutus rakenne toimialoittain, ammattiryhmittäin ja maakunnittain
- Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstön määrä toimialoittain ja maakunnittain
- Henkilöstön lukumäärä 1000:ta 75 vuotta täyttänyttä kohden kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa, vanhusten palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa
- Henkilöstön lukumäärä ammattiryhmittäin kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa, vanhusten palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa; ammattirakenteesta on tällä hetkellä saatavissa tietoa ainoastaan kunnallisesta henkilöstöstä.

Ikääntyneiden palvelujen henkilöstömäärän kehitys kuvataan liitetaulukossa 2.

Henkilöstömitoitus on onnistunut silloin, kun asiakkaiden hoito- ja palvelutarpeet on otettu huomioon ja riittävä määrä ammattitaitoista henkilöstöä tuottaa määrältään, laadultaan sekä vaikuttavuudeltaan tarkoituksenmukaisia palveluja asiakkaille inhimillisesti ja kustannustehokkaasti. Valtakunnallinen suositus ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön vähimmäismääräksi on 0,5–0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa. Korkeampi vaihtoehto vähimmäismitoitukseksi (0,6) on suositeltava silloin, kun asiakkailla on vaikeita somaattisia tai käytösoireita tai kun hoitoympäristön koko ja/tai rakenteelliset puitteet aiheuttavat henkilökunnan lisätarpeita. Hyvä henkilöstön mitoitus ympärivuorokautisessa hoidossa on 0,7–0,8. Mikäli lääketieteellistä hoitoa vaativia asiakkaita on pitkäaikaishoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla, vähimmäismitoitus on 0,6–0,7 ja hyvä mitoitus 0,8 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. On kuitenkin muistettava, että mitoituksen lähtökohtana ovat aina asiakkaat tarpeineen riippumatta siitä, minkä nimisessä yksikössä he ovat.

Vuonna 2005 valtakunnallinen henkilöstömitoituksen keskiarvo tehostetussa palveluasumisessa oli 0,46–0,55, vanhainkodeissa 0,52 ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 0,66 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. Henkilöstömitoituksia kuvaavia kunta- tai yksikkökohtaisia tietoja ei voida suoraan määrittää valtakunnallisten tilastojen perusteella. Valtakunnallisen tilanteen kuvaamiseksi voidaan tehdä erillisselvityksiä, jolloin kuntien ja kuntayhtymien henkilöstöä koskevat tiedot poimitaan Tilastokeskuksen Kuntasektorin palkat -tilastosta. Kun nämä tiedot yhdistetään sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekistereiden tuottamaan tietoon asumis- ja hoitopäivistä, voidaan määrittää laskennallisia mitoituskuluja. Yksityisten palvelujen osalta saadaan keskimääräisiä arvioita mitoituksista Stakesin yksityiset sosiaalipalvelut -tilastosta. Muilta osin yksityisten palvelujen henkilöstötiedot perustuvat Tilastokeskuksen Työssäkäyntitilastoon.

Hoito- ja palvelutoiminnan sekä tuloksellisuuden laatuindikaattorit

Hoidon tuloksellisuuden osoittaminen edellyttää systemaattista standardoitua mittaamista ja toistuvaa seurantaa. Hoidon tuloksellisuutta arvioitaessa on tiedettävä, minkälaisen tavoitteiden saavuttaminen tarkasteltavassa väestössä on ylipäättään mahdollista, millainen suoriutuminen kertoo hyvästä ja millainen puutteellisesta hoidon laadusta. Hoidon laatua mitattaessa ja arvioitaessa on avainkysymys erottaa, mitkä ongelmat ja ilmiöt ovat sellaisia, joihin hyvällä hoidolla voidaan vaikuttaa, ja keskittää laatutyö näille alueille.

Ikääntyneiden palveluiden – joilla tässä tarkoitetaan kotihoitoa, palveluasumista, vanhainkoteja ja terveyskeskusten pitkäaikaisia vuodeosastoja – asiakaskunnan tyypillisiä piirteitä ovat diagnoosien lukuisuus, asiakkaiden moniongelmaisuus ja monilääkitys. Leimallista sairauksille on niiden krooninen ja etenevä luonne sekä voimakas yhteys fyysiseen, kognitiiviseen (älylliseen), psyykkiseen ja sosiaaliseen toiminnanvajeeseen. Kroonisten sairauksien paraneminen on harvinaista. Toiminnanvajeiden osittaistakaan korjaantumista edes joksikin ajaksi voi odottaa harvemmin kuin joka kymmenennellä asiakkaalla. Tämän vuoksi hoidon tuloksellisuus useimmiten on toimintakyvyn ylläpitoa tai sen heikkenemisen jarruttamista sekä kärsimystä aiheuttavien oireiden eliminoimista tai lievittämistä.

Suomessa on vanhuspalveluiden hoidon laadun arvioimiseen käytetty RAI-järjestelmään kuuluvia laatuindikaattoreita, joita laitoshoidon RAI-järjestelmässä on 27 ja kotihoidon RAI-järjestelmässä 22. Laitoshoidon laatuindikaattoreista seitsemän on varustettu riskivakioinnilla, jonka tarkoituksena on mahdollistaa asiakasrakenteeltaan erilaisten yksiköiden keskinäinen vertailu. Viisi indikaattoria mittaa ilmaantuvuutta ja loput esiintyvyyttä.

Kotihoidon laatuindikaattorit on kehitetty kansainvälisessä työryhmässä ja jokaiselle on laskettu riskivakiointi. Kotihoidon laatuindikaattoreista kuusi mittaa esiintyvyyttä ja loput ilmaantuvuutta. (Taulukko 3.)

Taulukon 3 laatulukemat edustavat noin kolmannesta Suomen laitoshoidosta ja pelkän kotisairaanhoidon tai yhdistetyn kotisairaanhoidon ja kotipalvelun asiakkaista. Kotihoidon luvut voivat olla vinoutuneita.

Taulukko 3. Koti- ja laitoshoidon laatulukemat 2007

Kotihoidon laatuindikaattori	Laatulukema % arvioiduista	Laitoshoidon laatuindikaattori	Laatulukema % arvioiduista
Asiakas arvioitu aiemmin (e)	44	Mikä tahansa onnettomuus	25
Riittämättömät ateriat (e)	18	Uudet murtumat (i)	1
Painon lasku (e)	3	Kaatuilu (e)	9
Kuivuma (e)	5	Käytösoire, joka vaikuttaa muihin (e)	33
Lääkäri ei ole tarkistanut lääkitystä 6kk aikana (e)	16	Masennusdiagnoosi tai -oireet (e)	31
Virtsan pidätyskyky ei ole parantunut (i)	38	Masennus ilman lääkitystä (e)	15
Painehaavat eivät parantuneet (i)	3	Vähintään 9 lääkettä (e)	40
Ei liikkumisapuväl. vaikka vaikeuksia (e)	9	Aivojen uusi vajaatoiminta (e)	15
Ei kuntoutusta vaikka mahdollisuus (e)	88	Pidätyskyvyttömyys (e)	69
Toimintakyky ei parantunut (i)	29	Pidätyskyvyttömyys ilman toimenpiteitä (e)	51
Kotona liikkuminen ei parantunut (i)	11	Virtsakatetri (e)	5
Kaatuminen (e)	25	Ulosteen pakkautuminen (e)	9
Sosiaalinen eristäytyminen (e)	30	Virtsatieinfektio (e)	10
Kognitiivinen vaje ei korjaantunut (i)	58	Painon lasku (e)	10
Äkillinen sekavuus (e)	9	Letkuravitsemus (e)	1
Kielteinen mieliala (e)	14	Kuivuma (e)	2
Kommunikaatio ei parantunut (i)	28	Vuoteeseen hoidettavat potilaat (e)	27
Kova päivittäinen kipu (e)	26	Liikelaajuuden menetys nivelissä (i)	20
Kivun lievityksen riittämättömyys (e)	32	Ei liikelaajuuden ylläpitoa (e)	32
Laiminlyönti/kaltoinkohtelu (e)	6	Psykoosilääkkeiden käyttö (e)	31
Onnettomuudet (e)	8	Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö (e)	43
Ei influenssarokotusta (e)	38	Säännöllinen unilääkkeiden käyttö (e)	22
Sairaalahoito (e)	43	Liikkumisen rajoittaminen (e)	16
		Vähäinen aktiviteetteihin osallistuminen	59
		1–4 asteen. painehaavat (e)	8
		Uudet painehaavat (i)	4

e = esiintyvyys

i = ilmaantuvuus 6 kk:n ajanjaksona

Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit

Kotosa-hankkeessa (2004–2007) kehitettiin kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit, jotka toimivat itsearvioinnin välineenä ja tarkistuslistana siitä, miten omassa kotihoidon yksikössä laadun eri osatekijät on käytännössä otettu huomioon. Kriteeristö muokattiin yhteistyössä STM:n, Stakesin, Kuntaliiton, Vanhustyön keskusliiton ja Kotosa-hankkeessa mukana olleiden kuntien asiantuntijoiden kanssa.

Kotihoidon laadun kriteerit ryhmiteltiin systeemimallin mukaan kolmeen osaan; rakenteet, prosessit ja vaikutukset/tulokset (Heinola 2007). *Kotihoidon rakenteellisia laatutekijöitä* tarkastellaan arvioimalla kotihoidon suunnitelmallisuutta, henkilöstötekijöitä ja sosiaali- ja terveystoimen välisen yhteistyön rakennetekijöitä. *Kotihoidon prosessien laatua* arvioidaan tarkastelemalla kotihoidon prosessikuvauksia, asiakkaan palvelutarpeen arviointia, hoito- ja palvelusuunnitelmia ja hoidon ja palvelun toteutusta sekä asiakaspalautteen keräämistä. *Kotihoidon vaikutuksia* arvioidaan tarkastelemalla tavoitteiden saavuttamista kotihoidon organisaation, asiakkaiden ja henkilöstön tasolla. (Liitetaulukko 3.)

Yhteenveto

Indikaattoreita ikääntyneiden palveluiden kehityksen seurantaan ja arviointiin on tarjolla varsin paljon. Olemassa olevia indikaattoreita on hyödynnetty kokoamalla niiden tuottamaa tietoa ja tekemällä päätelmiä palveluiden määrällisestä ja laadullisesta kehityksestä esimerkiksi a) säännöllisesti julkaistavissa tilastoraporteissa, b) julkaisemalla tiedot erillisjulkaisuissa sekä c) kirjoittamalla artikkeleita eri julkaisuihin.

Kuntatasolla haasteena on olemassa olevan tiedon parempi hyödyntäminen palveluita ja koko palvelujärjestelmää kehitettäessä. Tiedon hyödyntämistä helpottamaan on Stakesin SOTKANet-verkkopalveluun koottu keskeisiä indikaattorisettejä (kuten KASTE-ohjelman indikaattorit, Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen seurantaindikaattorit jne.). Jatkossa haasteena on eri ohjelmien seurantaindikaattorien yhtenäistäminen.

Lähteet/kirjallisuus

- Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P & Noro A. (toim.) (2006) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. RAI-järjestelmä vertailukehittämissä. Helsinki: Stakes.
- Heinola, Reija (2007) Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit. Teoksessa: Heinola, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki: Stakes.
- Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2007. SVT, Sosiaaliturva 2007. Helsinki: Stakes.
- Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystoimen palvelut 2005 (2007) SVT, Sosiaaliturva. Helsinki: Stakes.
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M. & Vähäkangas P. (toim.) 2005. Laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämissä. Helsinki: Stakes.
- Sotkanet-verkkopalvelu. www.sotkanet.fi. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu> [22.10.2008].
- Voutilainen P, Kauppinen S, Heinola R. ym. (2007) Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa: Heikkilä M. & Lahti T. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon katsaus 2007. Helsinki: Stakes.

LIITETAULUKKO 1. Ikääntyneiden palveluiden rakenne ja peittävyys maakunnittain vuonna 2007

	Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden 2007 aikana	Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11.2007 olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat	Ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12.2007	Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12.2007	Vanhainkotiä 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12.2007	Terveyskeskusten 75 vuotta täyttäneet pitkäaikaisasiakkaat 31.12.2007
	% vastaavankäisestä väestöstä	% vastaavankäisestä väestöstä	% vastaavankäisestä väestöstä	% vastaavankäisestä väestöstä	% vastaavankäisestä väestöstä	% vastaavankäisestä väestöstä
Koko maa	3,9	11,3	1,8	4,2	4,0	2,2
Uusimaa	3,4	10,5	1,6	4,9	4,3	2,0
Itä-Uusimaa	3,9	10,6	1,6	3,3	5,8	1,1
Varsinais-Suomi	3,4	11,8	2,3	3,8	4,7	1,8
Satakunta	3,6	9,0	1,3	4,7	5,4	1,5
Kanta-Häme	3,4	11,4	2,2	2,7	5,7	1,8
Pirkanmaa	2,7	11,6	1,8	2,0	5,8	1,8
Päijät-Häme	2,9	8,3	1,3	3,5	2,0	4,0
Kymenlaakso	4,2	10,5	2,7	4,7	3,4	2,6
Etelä-Karjala	3,1	10,8	1,7	4,1	3,0	3,0
Etelä-Savo	3,5	14,6	1,0	4,6	3,7	2,8
Pohjois-Savo	4,1	10,5	2,1	3,6	2,9	2,7
Pohjois-Karjala	2,9	14,2	2,8	3,4	2,4	3,8
Keski-Suomi	4,2	12,6	1,6	4,0	4,5	1,9
Etelä-Pohjanmaa	5,5	10,7	2,9	4,2	3,8	2,5
Pohjanmaa	3,4	8,9	1,0	5,5	3,8	2,9
Keski-Pohjanmaa	5,6	9,8	2,1	8,9	2,0	1,0
Pohjois-Pohjanmaa	6,3	15,7	1,3	4,6	4,0	1,6
Kainuu	6,4	9,5	1,4	7,6	0,6	1,6
Lappi	5,8	12,7	1,0	5,5	2,0	2,8
Ahvenanmaa	5,8	13,6	0,5	2,5	5,3	2,1

LIITETAULUKKO 2. Ikääntyneiden palvelujen henkilöstö 1990–2007

	Henkilötyövuodet					Muutos					
	1990	1995	2000	2005	2007	1990–2005, %	1995–2005, %	2000–2005, %	1990–2007, %	1995–2007, %	2000–2007, %
Kotipalvelu	11 442	12 586	12 792	11 955	13 603	4,5	-5,0	-6,5	18,9	8,1	6,3
/ 1000 75 v. täytt.	40,4	41,9	37,6	30,4	33,0						
Kotisairaanhoido (ml. kou- luterveydenhoito)	1 651	1 357	1 312	3 277	2 691	98,5	141,5	149,8	63,0	98,3	105,1
/ 1000 75 v. täytt.	5,8	4,5	3,9	8,3	6,5						
Yhteensä	13 093	13 943	14 104	15 232	16 294	16,3	9,2	8,0	24,4	16,9	15,5
/ 1000 75 v. täytt.	46,3	46,5	41,4	38,8	39,5						
Vanhusten palvelutalot/ julkiset	1 062	1 481	2 724	4 555	4 996	328,9	207,6	67,2	370,4	237,3	83,4
Vanhusten palvelutalot/ yksityiset	1 353	2 589	6 263	11 470		659,5	296,9	83,1			
Yhteensä / 1000 75 v. täytt.	8,5	13,6	26,4	40,8							
Vanhainkodit/ julkiset	16 410	15 031	14 694	12 918	13 518	-21,3	-14,1	-12,1	-17,6	-10,1	-8,0
Vanhainkodit/ yksityiset	2 341	2 382	3 284	3 051		32,1	29,8	-7,1			
Yhteensä / 1000 75 v. täytt.	66,2	58,0	52,8	40,6							
Terveyskeskusten vuode- osastot	19 877	17 418	18 419	18 477	..	-7,0	6,1	0,3			
/ 1000 75 v. täytt.	70,2	58,0	54,1	47,2							

* Yksityisten palvelujen tiedot koskevat vuotta 2004.

LIITETAULUKKO 3. Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit

Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit

1. Rakenteet	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Kotihoidon suunnitelmallisuus			
Vanhuspoliittinen strategia ja palvelurakenteen kehittämisohjelma ohjaavat kotihoidon kehittämistä.			
Kotihoidon kattavuustavoite on asetettu.			
Kotihoidolle on asetettu laadulliset tavoitteet.			
Kotihoitoyksiköllä on käytössään suunnittelun ja laadunhallinnan järjestelmä. Esimerkiksi RAI = Resident Assessment Instrument ym.			
Suunnittelun ja toiminnan pohjaksi on kerätty riittävä tietoperusta. Esimerkiksi säännöllisesti kerätyt asiakaspalautteet, tiedot asiakkaiden toimintakyvystä, toteutuneet tuntimäärät ja asiakasmäärät vuodessa ikäryhmittäin.			
Henkilöstö			
Henkilöstömitoituksen perusteena ovat seuraavat tekijät (mukaellen Voutilainen ym. 2007):			
• Monipuolisesti kuvattu asiakasrakenne (jossa tiedetään asiakkaiden toimintakyky ja palvelutarpeet ja erityisosaamista edellyttävien asiakkaiden määrä ja palvelutarpeet)			
• Kotihoidolle kunnan vanhuspoliittisessa strategiassa ja/tai palvelurakenteen kehittämisohjelmassa asetetut tavoitteet.			
• Palvelun organisointi ja toteutus, kuten toiminnan sisällölliset laatuavoitteet. Esimerkiksi toimintakykyä edistävän toimintamallin käyttö asiakastyössä edellyttää suurempaa määrää henkilöstöä, sillä usein asiakkaan kanssa yhdessä tekeminen, hänen voimavarojensa monipuolisesti hyödyntäen, vie enemmän aikaa kuin asioiden tekeminen asiakkaan puolesta.			
• Ympäristötekijät, kuten esimerkiksi välimatkat kunnan sisällä.			
• Tarkoituksenmukainen henkilöstörakenne.			
• Pysyvä varahenkilöjärjestelmä Työhyvinvoinnin edistämisen näkökulmasta on tärkeää, että sijaisten käyttö vuosilomien ja sairauspoissaolojen aikana sekä erilaisissa vaativissa tilanteissa on mahdollista. Asiakkaan näkökulmasta on puolestaan tärkeää turvata saumaton palvelukokonaisuus ja palveluiden jatkuvuus sekä minimoida henkilöstön vaihtuvuus. Pysyvä varahenkilöjärjestelmä on näistä syistä tärkeä ja perusteltu ratkaisu.			
• Työvälineet Esim. matkapuhelimet, kämmentietokoneet, autot.			

1. Rakenteet	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Asiakastyöhön osallistuvalla henkilöstöllä on vähintään sosiaali- ja terveysalan perustutkinto.			
Esimiehillä on tarkoituksenmukainen koulutus, joka sisältää johtamisopintoja.			
Esimiehen ja työntekijän välillä käydään kehittämiskeskusteluja vuosittain.			
Henkilöstöllä on kirjallinen osaamisen kehittämissuunnitelma (esim. koulutussuunnitelma), jonka toteuttamiseen on budjetoitu määräraha.			
Henkilöstön täydennyskoulutuksen päiviä seurataan. (koulutuspäiviä / henkilö vuodessa)			
Henkilöstön rekrytointisuunnitelma on käytössä.			
Työilmapiiriä arvioidaan. Esim. työilmapiirikyselyin x 1 vuodessa			
Lyhyiden (alle 3 vrk) ja pitkien sairauspoissaolojen (yli 3 vrk) jaksoja seurataan /henkilö vuodessa.			
Henkilöstön vaihtuvuutta seurataan. (vaihtuvuus/vakanssi/vuosi)			
Sosiaali- ja terveystoimen välinen yhteistyö			
Kotipalvelulla ja kotisairaanhoidolla on yhteiset			
• fyysiset toiminta-alueet, joiden asiakkaista vastataan tiimeinä			
• tietojärjestelmät (esim. Effic kotihoito-tietojärjestelmä ym.)			
• toimintakyvyn arviointivälineet			
• hoito- ja palvelusuunnitelmat yhteisillä asiakkailla			
Sosiaali- ja terveystoimen välisen yhteistyön toteuttamisella on nimetyt vastuuhenkilöt eri vastuutasoilla.			
2. Prosessit			
	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Prosessinkuvaukset			
Kotihoidon ydinprosessit on kuvattu ja dokumentoitu.			
Kotihoidon ydinprosessien vastuista on sovittu.			
Asiakkaan palvelutarpeen arviointi			
Asiakas ja hänen niin halutessaan omainen tai läheinen osallistuu palvelutarpeen arviointiin.			
Asiakkaan näkemys omasta palvelutarpeestaan otetaan huomioon.			
Asiakkaan toimintakyky arvioidaan ja dokumentoidaan. Toimintakyky tarkoittaa fyysistä (esim. liikkumiskyky, ravitsemustila), kognitiivista (esim. päättelykyky), psyykkistä (esim. masennuksen esiintyminen) ja sosiaalista (esim. yksinäisyyden esiintyminen) toimintakykyä.			
Toimintakyvyn arviointiin käytetään tarkoituksenmukaisia fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn mittareita.			

Taulukko jatkuu

2. Prosessit	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Asiakkaan voimavarat arvioidaan ja dokumentoidaan.			
Asiakas ohjataan tarvittaviin lisätutkimuksiin, lisäpalveluihin ja etuisuuksien hakemiseen.			
Omaisien osallistuminen hoivaan/hoitoon kartoitetaan ja dokumentoidaan.			
Kotikäynnillä arvioidaan kodin esteettömyys ja apuvälinetarve ja ne dokumentoidaan.			
Hoito- ja palvelusuunnitelma			
Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan asiakkaan tarpeiden ja toimintakykyarvion perusteella.			
Asiakkaan hoitoon ja palveluihin yhteisvastuullisesti osallistuvat tahot laativat hoito- ja palvelusuunnitelman tarpeen mukaan eri asiantuntijoita konsultoiden.			
Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan.			
<ul style="list-style-type: none"> • selkeät tavoitteet palveluille ja hoidolle fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi • keinot tavoitteiden saavuttamiseksi • tavoitteiden saavuttamisen arviointi 			
Hoito- ja palvelusuunnitelmat päivitetään tarvittaessa asiakkaan tilanteen muuttuessa ja vähintään 6 kk:n välein.			
Hoidon ja palvelun toteutus			
Palvelun antaminen perustuu kirjalliseen päätökseen tai lääkärin hoitopäätökseen.			
Asiakkaalla on nimetty vastuuhoitaja/omahoitaja/palveluohjaaja.			
Asiakas tietää, kuka on hänen vastuuhoitajansa/omahoitajansa/palveluohjaajansa.			
Asiakkaalle on tiedotettu taho, johon hän saa kiireellisissä tilanteissa yhteyden (esim. turvapuhelin, päivystysnumero, omainen).			
Hoito ja palvelu toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa asetettujen tavoitteiden mukaisesti.			
Kotihoidon palveluja ja hoitoa toteutettaessa otetaan ensisijaisesti huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoin kunnioitetaan hänen itsemääräämisoikeuttaan. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, 8 § ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 6 §.)			
Palvelu toteutetaan niin, että asiakkaan osallistumista tuetaan ja itsemääräämistä kunnioitetaan.			
Asiakkaan kanssa sovittuja käytäntöjä (esim. käyntiaikoja) noudatetaan.			
Asiakas saa tarpeisiinsa nähden riittävästi palveluja.			
Palvelujen ja hoidon toteutus dokumentoidaan. (Dokumentointi vastaa asiakkaan saamia palveluja ja hoitoa. Asiakkaan kotona saama kodinhoitoapu ja/tai kotisairaanhoido kirjataan aikana. Asiakkaan saamat tukipalvelut kirjataan mahdollisuuksien mukaan aikana tai käynteinä.)			

2. Prosessit	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Asiakaspalautteen kerääminen			
Hoidon ja palvelun toteutumista arvioidaan asiakkaan ja hänen niin halutessaan omaisen tai läheisen kanssa yhdessä ja arvioinnin tulokset dokumentoidaan.			
Asiakaspalautetta kerätään kattavasti ja säännöllisesti.			
Asiakaspalaute käydään systemaattisesti läpi ja sen pohjalta ryhdytään toimenpiteisiin.			
Palveluhakemukset/-pyynnöt kirjataan järjestelmällisesti.			
Hylätyt palvelupyynnöt kirjataan järjestelmällisesti.			
Kanteluiden ja valitusten määrä (= asiakkaan yhteydenotto kirjallisesti tai puhelimitse tyytymättömyyden ilmaisemiseksi) on tiedossa ja niiden pohjalta on ryhdytty korjaaviin toimenpiteisiin.			
Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyö			
Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtäväjako on toimiva. (Toiminnot eivät ole päällekkäisiä, ja asiakas saa tarvitsemansa palvelut.)			
Asiakkaiden siirtyminen kotoa sairaalaan ja sairaalasta kotiin on valmisteltu.			
3. Vaikutukset/tulokset			
Kotihoidon tavoitteiden saavuttaminen organisaatiotasolla			
Kotihoidon kattavuustavoite on saavutettu.			
Kotihoidon laadulliset tavoitteet on saavutettu.			
Kotihoidon arvioinnin tulokset tiedotetaan asiakkaille ja kuntalaisille. Esim. internetin ja muiden tiedotusvälineiden kautta.			
Välittömän asiakastyön osuutta kokonaistyöajasta seurataan.			
Asiakkaat ovat tyytyväisiä			
• yleisesti palveluun			
• palvelutarjontaan ja palvelujen saantiin			
• tiedonsaantiin			

Taulukko jatkuu

3. Vaikutukset/tulokset	2 = Pitää paikkansa täysin /Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan /Ei
Tavoitteiden saavuttaminen asiakastasolla			
Asunnon muutostyöt on tehty niitä tarvitseville.			
Tarkoituksenmukaiset apuvälineet ovat käytössä niitä tarvitsevilla.			
Asiakas tuntee olonsa turvalliseksi.			
Asiakkaan ja hänen perheensä kotona asuminen mahdollistuu.			
Asiakkaan toimintakyky paranee tai säilyy ennallaan. Toimintakyky tarkoittaa fyysistä (esim. liikkumiskyky), kognitiivista (esim. päättelykyky), psyykkistä (esim. masennuksen esiintyminen) ja sosiaalista (esim. yksinäisyyden esiintyminen) toimintakykyä.			
Asiakas on voinut vaikuttaa oman arkipäivänsä kulkuun.			
Asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne arvioidaan vähintään yhden vuoden välein ja siihen liittyy myös lääkityksen tarkistaminen.			
Asiakkaan kognitiivisen, psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutokset havaitaan ja niihin puututaan.			
Asiakkaan ravitsemustilanteen muutokset tunnistetaan ja niihin puututaan.			
Henkilöstötavoitteiden saavuttaminen			
Työtyytyväisyys on korkea.			
Sairauspoissaoloja on vähän.			
Työkyvyttömyyseläkkeitä on vähän.			
Henkilöstön vaihtuvuus on vähäinen.			
Ammatillinen osaaminen on hyvä. • Selvitetty esim. osaamiskartoitusten avulla • Täydennyskoulutusvelvoite on täyttynyt			
Henkilöstö tuntee kotihoitoyksikkönsä tavoitteet ja toimii niiden mukaisesti.			

3.3 Suun terveydenhuollon SUHAT esimerkkinä vertaiskehittämisestä

IRMA ARPALAHTI

Suun terveydenhuollon benchmarking

SUHAT eli suun terveydenhuollon haasteet -hanke on toiminut Stakesissa kuntien välisenä vertaiskehittämisen verkostona vuodesta 1999. Sen yhtenä tärkeimmistä tavoitteista on ollut hyvien käytäntöjen ja tutkimukseen perustuvan tiedon jakaminen. (Nordblad ym. 2002.)

Hankkeessa aloitettiin benchmarking-koulutus vuoden 2001 alussa. Kukin mukana oleva terveyskeskus toteutti ensin etätöyönä toimintansa itsearviointin, jossa se määritteli vahvuutensa, kehittämiskohteensa ja tärkeimmät kehittämiskohteensa. Tämän jälkeen terveyskeskuksista muodostettiin ryhmät, joiden sisällä toteutettiin vertaisarviointia, jota kutsuttiin sisäiseksi benchmarkingiksi.

Ryhmien sisäiset benchmarking-teemat valittiin itsearvioinneissa esille nousseista aiheista. Niitä olivat ajanvaraus, työnjako, päivystysjärjestelyt, tutkimuskäytännöt ja liiketoimintaprosessien hallinta. Nämä teemat olivat hyvin keskeisiä kehittämiskohteita suun terveydenhuollon laajennuttua koskemaan koko väestöä.

Benchmarking-ryhmät tekivät keskinäisiä vierailuja, joiden palautteet käsiteltiin hankkeen koulutus- ja työkokouksissa. Ryhmien töiden tulokset vietiin myös hankkeen internetsivuille kaikkien ryhmien hyödynnettäväksi.

Parhaita käytäntöjä haettiin myös ulkoisilla benchmarking-vierailuilla, joita toteutettiin jossain muualla kuin oman ryhmän terveyskeskuksissa. Kohteina olivat sekä esikuvaorganisaatiot muiden kuntien suun terveydenhuollossa että terveydenhuollon ulkopuoliset organisaatiot. Ulkoisia benchmarking-organisaatioita valittiin huolella ja kriittisesti sen mukaan, mihin kysymyksiin organisaatio halusi vastauksia ja kuka niihin pystyisi vastaamaan.

Ulkoisina benchmarking-aiheina olivat palvelujen järjestäminen, aikuishammashoidon toteutus, tilauskäytännöt, tulospalkkaus, puhelinasiakaspalvelu sekä liiketoimintaprosessit ja johtaminen. Ryhmien käytössä oli vaitiolositoumuspohja, jota suositeltiin käytettäväksi, jos esikuvaorganisaatio piti tietoja luottamuksellisina. Vierailuista laadittiin sekä vapaamuotoiset vierailumuistiot että kohdeorganisaation vahvuuksia ja mahdollisia kehittämiskohteita sisältävät palautteet. Ulkoisen benchmarking-työskentelyn kokemukset ja niistä saamansa hyödyt esiteltiin vuoden 2001 viimeisessä koulutus- ja työkokouksessa joulukuussa, ja ryhmät arvioivat kokemusten hyödyntämistä omaan kehittämistyöhönsä.

Terveyskeskukset ovat benchmarking-työskentelyn avulla saaneet käyttökelpoisia ideoita omaan kehittämistyöhönsä, toimintatapoja on uskallettu kyseenalaistaa ja muuttaa. On ymmärretty, että mittaaminen ei ole itsetarkoitus, vaan avain oman toiminnan kehittämiseen ja parantamiseen, ja kopiaoinnin sijaan on sovellettu vertailussa opittua omaan toimintaan. Erityisen tärkeänä on pidetty myös koulutuksen tuloksena muotoutunutta, tietoa jakavaa ja toimintatapoja soveltavaa vertaisarviointiverkostoa.

Vertaisarviointityötä on jatkettu SUHAT-hankkeen terveyskeskusten välillä koulutusvuoden jälkeen itsenäisesti. On vertailtu terveyskeskuksen toimintaa ja kehittämistä sekä uusia käyttöön otettuja hyviä käytäntöjä, kuten päivystyksen järjestämistä, ajanvaraustoimintaa, terveyden edistämiskäytäntöjä ja työnjakoa suun terveydenhuollon eri ammattiryhmien välillä. Vuonna 2008 tehostetaan vertaisarviointitoimintaa jakamalla hankkeeseen kuuluvat terveyskeskukset uudelleen ryhmiin eri kehittämisaiheiden kiinnostuksen mukaan. Näitä ryhmiä ovat indikaattoripankin kehittäminen, strateginen johtaminen ja BSC, työnjaon kehittäminen hammashoitotiimissä, väestövastuu sekä röntgenkuvausten työnjaon kehittäminen. Jokaiseen ryhmään otetaan mukaan

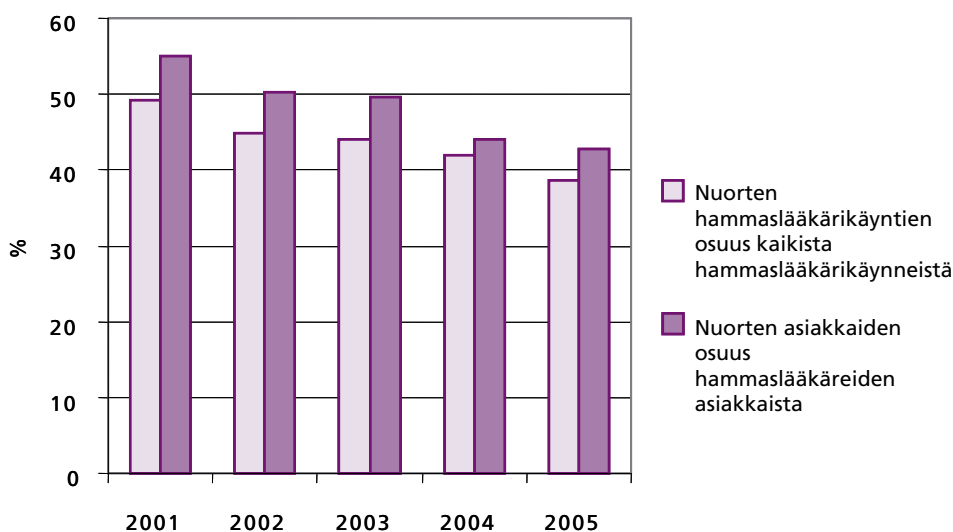
sekä vuonna 2001 benchmarking-koulutukseen osallistuneita että myöhemmin toimintaan mukaan tulleita terveyskeskuksia. Ryhmät esittelevät kehittämisehdotuksiaan SUHAT-hankkeen ajankohtaispäivien yhteydessä.

Vertaisarviointi antaa laajemman näkökulman toiminnan mittaamiseen ja lisää kiinnostusta mittareiden seurantaan ja vertailuun. Se antaa valmiuksia oman toiminnan vertailuun, auttaa terveyskeskuksia hahmottamaan nykytilaa, sen vahvuuksia ja heikkouksia sekä kehittämiskohteita, ja se toimii avaimena omien toimintamallien jatkuvaan kehittämiseen.

Tuottavuuden seuranta ja toiminnan kehittäminen

SUHAT-hankkeen tärkeimmäksi koettu toimintamuoto on indikaattoripankki, joka koostuu hankkeessa yhteisesti sovituista terveyskeskuksista kerättävistä tiedoista sekä niistä vertailua varten lasketuista suhdeluista ja indekseistä. Hankkeeseen kuuluvat terveyskeskukset lähettävät vuosittain toimintaa ja taloutta koskevat lukunsa Stakesiin, jossa niistä lasketaan terveyskeskusten keskinäistä vertaisarviointia ja oman toiminnan pitkäaikaista seuranta varten tarvittavat suhdelut ja indeksit. Niiden avulla on mahdollista vertailla muun muassa tuottavuutta ja sen kautta myös eroja käytännön toiminnassa. Muutamia tuottavuuden ja toiminnan muutosta kuvaavia teemoja, kuten nuorten potilaiden osuutta, toimenpiteiden vaikeusastetta, työnjakoa hoitotiimissä ja yksikkökustannuksia, on tässä tarkasteltu erikseen. (Linna 2006.)

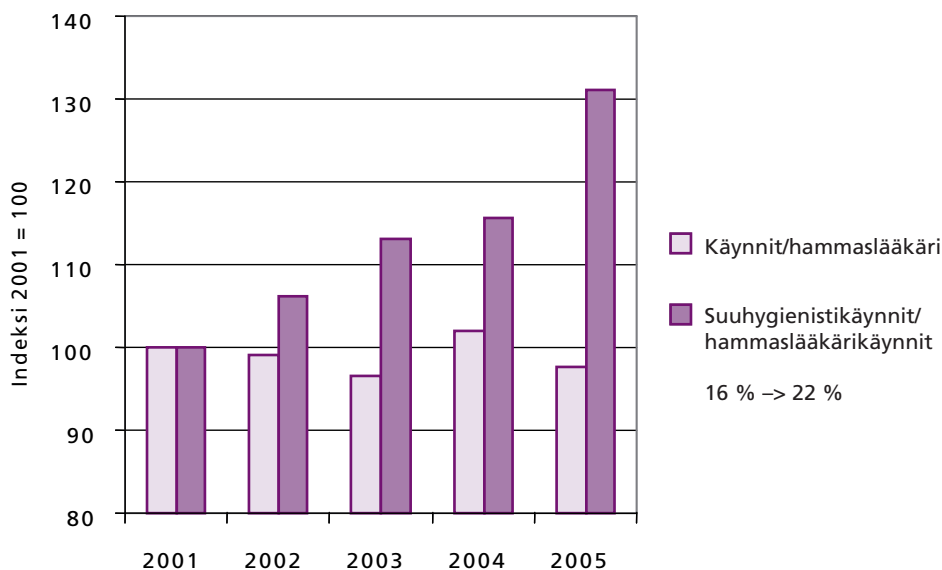
Koko väestö tuli julkisin varoin tuetun suun terveydenhuollon piiriin vuoden 2002 joulukuussa. Sen toteuttamiseksi voimavaroja on pyritty lisäämään yli 18-vuotiaiden hoitoon. Resurssien kohdentaminen liittyy hoitoprosessien kehittämiseen siten, että lasten ja nuorten hoidossa on siirrytty terveillä pidempiin hoitoväleihin. Samalla lasten ja nuorten hoitoprosessi on siirtynyt enenevässä määrin suuhygienistien ja hammashoitajien vastuulle. Tämä on vapauttanut hammaslääkäreitä aikuisten suun terveydenhuoltoon. Alle 18-vuotiaiden osuus palvelujen käytöstä vaihteli terveyskeskusten välillä, mutta keskimäärin vuosina 2001–2005 nuorten osuus kaikista hammaslääkärikäynneistä väheni noin 10 % ja nuorten osuus hammaslääkäriin hoidossa käyneistä potilaista väheni noin 12 % (kuvio 1).



KUVIO 1. Nuorten asiakkaiden käyntien ja nuorten asiakkaiden osuus (%) kaikista hammaslääkärikäynneistä ja asiakkaista 2001–2005

Suun terveydenhuollon tuotosta terveyskeskuksissa on kuvattu potilaille tehtyjen hoitotoimenpiteiden määrällisenä summana. Suun tutkimusten, hampaiden paikkausten, juurenhoitojen, leikkausten, iensairauksien hoitotoimenpiteiden jne. määrät on laskettu yhteen, mistä on laskettu toimenpiteiden keskimääräinen vaikeusaste (casemix). Casemix-indeksin muutosten tarkastelulla voidaan arvioida, miten potilaille suoritettujen toimenpiteiden valikoima on muuttunut toiminnan painoutuessa aikuishoitoon. Vuosina 2001–2005 casemix-indeksin arvo on vaihdellut, mutta kokonaisuudessaan säilynyt lähes ennallaan.

SUHAT-hankkeessa mukana olevissa terveyskeskuksissa on kehitetty hoitoprosesseja ja työnjakoa siten, että tehtävät on jaettu tarkoituksenmukaisella tavalla. Työprosesseja kehittämällä on suuhygienistien tehtäväkuvaa laajennettu hoidon tarpeen arviokäytäntöihin ja perushoidon tehtäviin. Työnjaossa on tavoiteltu tuotannollista tehokkuutta, ja hammashuoltajien käyntien osuus hammaslääkärin käynneistä onkin kasvanut reilusti vuoteen 2005 saakka, mikä on osoitus työnjaon ja voimavarojen käytön onnistumisesta (kuvio 2).



KUVIO 2. Työnjaon kehittyminen: Asiakaskäynnit yhtä hammaslääkäriä kohden ja suuhygienistikäyntien osuus hammaslääkärikäynneistä vuosina 2001–2005

Tuottavuutta voidaan selvittää myös suhteuttamalla kaikki toimenpiteet vaikeusastetta kuvaavan painokertoimen avulla yhden pinnan paikan kustannukseen ja vertaamalla sitä eri vuosien välillä. Näin tehtävässä vertailussa, kun hintataso on deflatoitu vuoden 2001 hintatasoon, on yhden pinnan paikan kustannus laskenut vuoteen 2005 mennessä kolme euroa. Eri terveyskeskuksissa kustannuksissa on kuitenkin vaihtelua. On myös vertailtu painotetun toimenpiteen kustannuksia suhteessa hoidossa käyneisiin, ja näin lasketut kustannukset ovat hankkeessa mukana olevien terveyskeskusten väestössä nousseet keskimäärin neljästä viiteen euroon.

Hankkeessa mukana olevien terveyskeskusten toiminnan ja tuottavuuden muutoksista voidaan yhteenvetona todeta seuraavaa:

- Nuorten potilaiden suhteellinen osuus on jonkin verran laskenut.
- Suuhygienistien käyntien suhteellinen osuus hammaslääkärin käynneistä on kasvanut.
- Toimenpiteiden vaikeusaste on pysynyt suhteellisen samankaltaisena.
- Toimenpidetuottavuus on hieman laskenut vuosina 2004–2005, mutta se oli vuonna 2005 suurempi kuin vuonna 2001.

- Yhdelle potilaalle tehdään kuitenkin enemmän (vaikeampia?) toimenpiteitä – potilaiden lukumäärä ei ole noussut vastaavasti, ikärakenne on kyllä muuttunut.
- Hoidossa käyneisiin perustuva tuottavuuden muutos on epäselvä.

Lähteet

Linna, Miika (2006) SUHAT 2005 sarjat. Muutostrendejä 2001–2005 ja eräitä tuloksia 2004–2005 vertailuista. Ppt-esitys SUHAT ajankohtaispäivillä 17.10.2006 Helsinki: Stakes.

Nordblad A, Varsio S, Linna M, Karhunen T, Strömmer P, Huhtala S (2002) SUHAT 2001 -pilotihanke. Suun terveydenhuollon haasteet. Hyviä tuloksia benchmarking-menetelmästä suun terveydenhuollossa. Aiheita 28. Helsinki: Stakes.

3.4 Vammaisten ihmisten tilanne – tietoa tilastoista ja selvityksistä

PÄIVI NURMI-KOIKKALAINEN JA PIRJO-LIISA KOTIRANTA

Vammaiset ihmiset eivät ole yhtenäinen ryhmä, jolla on jokin yhteinen, kaikille ominainen piirre. Vammaisuuskäsitteen moninaisuuden vuoksi vammaisuudesta ja vammaisten ihmisten elämäntilanteesta ei ole maassamme kattavaa tilastollista tai muuta selvitystä. Vammaisuutta ja vammaisten ihmisten tilannetta voidaan tarkastella muun muassa lainsäädännön ja tilastojen (tuot, palvelut) sekä kokemusten ja näkemysten avulla.

Tilastotietoa lainsäädännön perusteella annettavista tuista ja palveluista on saatavissa muun muassa SOTKANetistä¹³ sekä Tilastokeskuksen¹⁴ ja Kansaneläkelaitoksen¹⁵ tilastoista. Tietoa vammaisuudesta kerätään säännöllisesti myös erilliselvityksillä, esimerkkinä kuuden suurimman kaupungin tekemät vammaispalveluiden ja kehitysvammopalveluiden selvitykset. Tilastojen ja säännöllisesti toistuvien selvitysten lisäksi julkaistaan aika ajoin yksittäisiä erilliselvityksiä. Esimerkkeinä näistä voi mainita vuonna 2007 ilmestyneen Kehitysvammopalvelut vuonna 2004 (Kumpulainen 2004) julkaisun sekä vuonna 2008 julkaistava arviointi Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksista (Kotiranta 2008). Jälkimmäisessä on selvitetty kuntatodimijoiden käsityksiä laatusuosituksen tavoitealueiden toteutumisesta.

Vammaisuus vuosittain ilmestyvissä tilastoissa ja selvityksissä

Kelan vammaisestuuksien tilastojen perusteella vammaisuuksia sai vuonna 2006 yhteensä 240 000 henkilöä eli 4,5 prosenttia väestöstä. Lapsen hoitotukea saavia oli 37 400 eli 3,9 prosenttia alle 16-vuotiaista. Varsinaista vammaistukea (ei-eläkkeellä olevien työkäisten vammaisten saama tuki) sai samana vuonna yhteensä 27 100 henkilöä (mukana ruokavaliokustannukset) eli 0,8 prosenttia 16–64-vuotiaista. Vammaisuuksia saavien osuus väestöstä vaihtelee jonkin verran alueittain.

Vuonna 2005 vammaispalvelulain mukaisia palvelupäätöksiä tehtiin yli 90 000. Lisäksi kehitysvammalainsäädännön perusteella myönnettyjä palveluita oli yli 20 000. Koska sama henkilö voi käyttää useampaa palvelua, myönnettyjen palveluiden yhteismäärä ei kerro suoraan palvelun käyttäjien määrää.

Vammaispalvelulain mukaisia palveluita saavien asiakkaiden määrissä ja väestöosuuksissa on alueellisia eroja. Esimerkiksi vuonna 2005 kuljetuspalveluja käyttäneiden osuus väestöstä oli suurin Uudenmaan, Pirkanmaan ja Päijät-Hämeen maakunnissa ja pienin Etelä-Pohjanmaalla. Kuntakohtaisia eroja on erityisesti kuljetuspalveluja saaneiden asiakasmäärissä, kun taas tulkkipalvelujen ja henkilökohtaisen avustajatoiminnan määrissä kuntien väliset erot ovat vähäisempiä.

Vammaispalvelulain mukaisen palveluasumisen piirissä oli vuonna 2006 noin 3 070 vaikeavammaista eli 0,06 prosenttia väestöstä. Kasvua vuodesta 2003 vuoteen 2006 on 24 prosenttia. Palveluasumispäätös voi muodostua hyvin yksilöllisistä ratkaisuista sisältäen erilaisia asumistapoja sekä monenlaisia palveluita ja tukimuotoja, esimerkiksi apuvälineitä. Tilastointijärjestelmät eivät pysty vielä nykyisin kuvaamaan näitä yksilöllisiä järjestämistapoja riittävän kattavasti. Esimerkiksi kaikki päätökset henkilökohtaisesta avustajasta eivät tilastoidu suoraan avustajalukuihin, koska osa henkilökohtaisista avustajista kuuluu palveluasumiseen ja sisältyy siten palveluasumislukuihin. Henkilökohtaista avustajaa koskevien päätöksien määrä kasvoi vuodesta 2003 vuoteen 2005 viidellatoista prosentilla. Vuonna 2005 päätöksen oli saanut 4 287 henkilöä eli 0,08 prosenttia väestöstä.

13 Sotkanet-verkkopalvelu. www.sotkanet.fi.

14 <http://www.tilastokeskus.fi/>.

15 <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/Docs/011001094800TL?OpenDocument>.

Yksilöllisiä ratkaisuja on viime vuosina kehitetty erityisesti kehitysvammaisten asumista tukevissa palveluissa. Kehitysvammaisten asuminen järjestetään pääasiassa kehitysvammalainsäädännön perusteella. Kehitysvammalaitoksissa asui vuosina 1983–1997–2005 yhteensä 5 900–3 297–2 511 henkilöä. Muutos kertonee asenteiden muuttumisesta yhteiskunnassa ja muiden kuin laitosasumisvaihtoehtojen lisääntymisestä.

Kuuden suurimman kaupungin (ns. Kuusikkokunnat) tekemän selvityksen mukaan vuonna 2005 yhteensä 5 086 henkilöä käytti kuusikkokunnissa kehitysvammaisten erityishuollon palveluja. Kuntien kehitysvammaisista henkilöistä palveluja käytti noin 85 prosenttia. Kehitysvammahuollon palveluihin ja tukitoimiin käytettiin 134 miljoonaa euroa. Kehitysvammahuollon vuosikustannukset kunnalle olivat keskimäärin 26 400 euroa palveluja käyttänyttä kohti.

Vammaisten ihmisten asumiseen liittyviä palveluita järjestetään myös omaishoidon avulla. Vuonna 2001 omaishoidon tukea sai 24 630 henkilöä, joista 17 prosenttia oli kehitysvammaisia. Psykkisesti sairaita oli viisi prosenttia, fyysinen sairaus tai vamma oli 35 prosentilla. Sotka-tietokannan mukaan omaishoitopäätöksen saaneita alle 65-vuotiaita oli vuonna 2006 yhteensä 10 328. Tilastotieto ei kerro iän lisäksi sitä, millä perusteella omaishoitopäätös on annettu.

Yhteiskunnan tasa-arvoisuuden yhtenä kuvaajana on tasavertainen mahdollisuus liikkumiseen. Esteettömän joukkoliikenteen lisäksi tarvitaan myös erityisratkaisuja vammaisten yhteiskuntaan osallistumisen mahdollistumiseksi. Kuljetuspalveluiden käyttäjät ovat suurin ryhmä vammaispalvelulain mukaisen palveluiden käyttäjistä. Vuonna 2006 kuljetuspalvelupäätöksen oli saanut 83 672 henkilöä eli 1,6 prosenttia väestöstä. Palvelun piirissä olevien vaikeavammaisten asiakkaiden määrä on kasvanut vuodesta 2003 vuoteen 2006 noin yhdeksän prosenttia.

Vammaispalvelulain mukaiset viittoma- ja puhetulkkipalvelut ovat vuodesta 1994 lähtien kuuluneet kunnan erityisen järjestämisvelvollisuuden piiriin. Tulkkipalvelun vuosittaiseksi vähimmäistasoksi on säädetty 180 tuntia asiakasta kohden vuodessa, kuurosokeille 360 tuntia vuodessa. Opiskelijoille pitää tarjota mahdollisuus käyttää tulkkipalveluja opinnoissa suoriutumista edellyttävä määrä. Vuonna 2002 tulkkipalvelun asiakkaita oli Suomessa 3 302 henkilöä, eli 0,06 prosenttia väestöstä. Vuoteen 2006 mennessä luku oli kasvanut 3 786 henkilöön eli 0,07 prosenttiin väestöstä.

Yksittäisiä selvityksiä ja tutkimuksia

Asiakkaiden palvelukokemuksia on selvitetty muun muassa Kuntoutussäätiön vuonna 2002 tekemässä tutkimuksessa. Sen mukaan asiakkaiden leimautumisen pelko ja tieto kunnan voimavarojen niukkuudesta voivat ehkäistä tehokkaasti palveluiden piiriin hakeutumista. ”Tässä kunnassa kun hakee jotain palvelua tulee mieleen, että kyseinen raha tai muu on virkailijan omasta lompakosta! Joten saa varautua kuuntelemaan luentoa kuinka kuntataloutta hoidetaan!”, kommentoi tutkimuksessa yksi asiakas.

Vammaispalveluihin olivat tyytyväisimpiä ne asiakkaat, joille oli tehty palvelusuunnitelma (23 %). Kriittisimpiä olivat ne, joilla ei ollut palvelusuunnitelmaa (31 %), vaikka he olisivat sellaisen halunneet. Palvelusuunnitelma oli tehty useammin niille, jotka tarvitsivat avustajaa eri toiminnoissa kuin niille, jotka eivät tarvinneet toisen henkilön apua. Palvelusuunnitelman tarve oli kuitenkin olemassa myös muilla vammaisilla, vaikka avuntarve oli vähäisempää. Asiakkaat kokevat palvelusuunnitelman tärkeäksi välineeksi tarvitsemiensa palveluiden suunnittelussa. Sen sijaan viranhaltijat eivät pitäneet kovin tärkeänä palveluun liittyvien sopimusten ja sitoumusten (esimerkiksi vammaispalvelulain tarkoittama palvelusuunnitelma) käytön kehittämistä Kunta-Suomi 2004 -tutkimuksen mukaan.

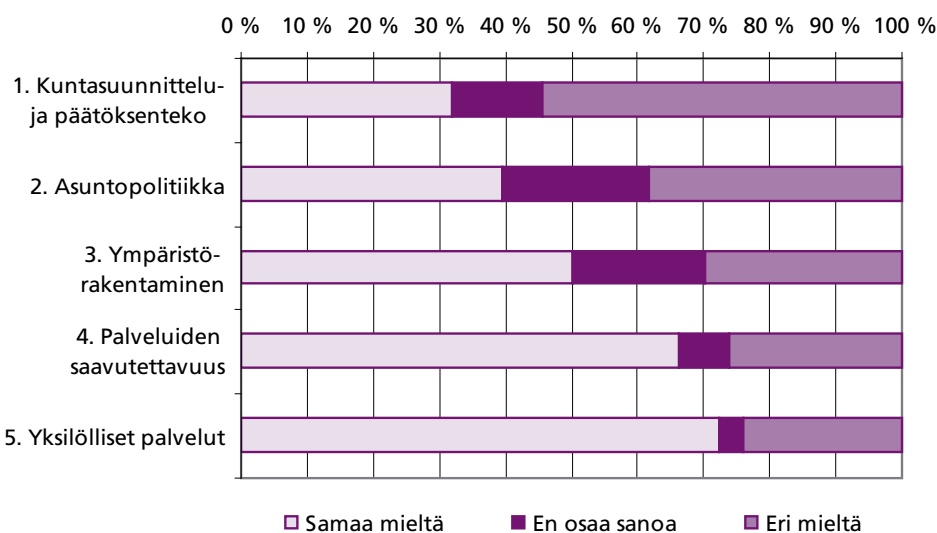
Informaatio-ohjauksella laatua asumiseen

Vammaisten ihmisten tarvitsemien palveluiden laatuun on pyritty vaikuttamaan vuonna 2003 julkaistulla Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksella. Se sisältää viisi esimerkin-omaista indikaattoriehdotusta kultakin suosituksen keskeiseltä tavoitealueelta sekä niihin liittyviä toimenpide-ehdotuksia. Laatusuosituksen arviointikyselyssä kuntien sosiaalitoimen edustajilta kysyttiin muun muassa alla oleviin indikaattoreihin liittyviä kysymyksiä.

1. Päätöksenteko: Kunnassa on käytössä vammaispoliittinen ohjelma
2. Asunnot ja asuinympäristö: Asuntojen ja asuinympäristön esteettömyyden toteutumista ohjataan, tuetaan ja valvotaan
3. Rakennettu ympäristö: Kunnan rakentamis- ja suunnitteluohjeissa on esteettömyyden ja saavutettavuuden tavoitteita ja periaatteita
4. Yleiset palvelut: Kunnan toteuttamien palveluiden esteettömyyttä ja saavutettavuutta kehitetään vuosittaisen arviointi- ja koulutustoiminnan avulla
5. Yksilölliset palvelut: Kuinka monella vammaisella kunnassa on palvelusuunnitelma?

Vastaajien arvion mukaan vammaisten ihmisten huomioon ottaminen kunnissa toteutuu epätaisisesti. Parhaiten tavoitteet saavutetaan yksilöllisten palveluiden tarjonnalla (72 %), mutta yleiset palvelut ovat myös kohtalaisesti vammaisten ihmisten saavutettavissa (66 %). Ympäristön esteettömyyden periaatteita noudatetaan 50 prosentissa kuntia. Asuntorakentamisessa esteettömyys ja toimivuus toteutuvat vain 40 prosentissa kuntia ja kuntapäätöksissä vammaisnäkökulma on mukana vain 32 prosentissa kuntia. (Kuvio 1.)

Liitetaulukossa 1 on kooste kuntien vastauksista eri tavoitealueiden indikaattoreihin.



KUVIO 1. Laatusuosituksen tavoitealueiden toteutuminen kunnissa v. 2007 (n = 229)

Yhteenveto

Vammaisten ihmisten hyvinvoinnista, elinoloista ja asemasta saatavaa tietoa ei ole järjestelmällisesti saatavissa, joten tilanteen kehittymistä on vaikea seurata. Tilastoja kerätään vähäisessä määrin lääketieteellisestä näkökulmasta, mutta esimerkiksi vammakohtaista tietoa on saatavilla niukasti. Elinoloihin vaikuttavat tilastotiedot, kuten Kelan hoitotukien saajat, eivät kerro riittävästi saajien selviämisen arjesta. Vammaispalvelulain mukaisten palvelujen tilastointi on liian karkeajakoista

kertomaan palvelujen saajien hyvinvoinnista ja asemasta yhteiskunnassa. Samoin monia palveluja tarvitsevien vammaisten tilanteista ei ole saatavissa riittävästi tietoa.

Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen tarkoituksena on ohjata kuntia ottamaan huomioon vammaiset ihmiset kaikilla kunnan toiminta-alueilla, ei vain sosiaalipalveluissa. Ensimmäinen laatusuosituksen käyttöönottoa koskeva sosiaalitoimen näkökulmasta tehty arviointi osoittaa, että vammaisten ihmisten tarpeet otetaan huomioon ja pyritään ratkomaan yksilöllisesti, mutta heitä ei oteta huomioon kokonaisvaltaisesti kunnallisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa. Laatusuosituksen tavoitteiden seuranta tulisi olla jatkuvaa ja säännöllistä, jolloin voitaisiin arvioida muutoksia palvelutarpeissa, palveluissa ja yhteiskuntarakenteessa sekä nostaa esiin ajankohtaisia kehittämistarpeita.

Kirjallisuutta

- Haarni, Ilka (2006) Keskenäreistä yhdenvertaisuutta. Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa. Raportteja 6. Helsinki: Stakes. www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R6-2006-VERKKO.pdf.
- Ikola, Rinna-Marika (2003) Vanhus- ja vammaispalvelut uusien haasteiden edessä. Tarkastelussa nykytila, muutos ja tulevaisuus. KuntaSuomi 2004 -tutkimuksia nro 41. Acta nro 160. Helsinki: Vaasan yliopisto ja Suomen Kuntaliitto.
- Kelan vammaisestuuatilasto 2007. [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/170608173430MV/\\$File/Vamm_07.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/170608173430MV/$File/Vamm_07.pdf?OpenElement).
- Kotiranta, Pirjo-Liisa (2008) Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen arviointi (julkaisematon käsikirjoitus 3.2008).
- Kumpulainen, Aila (2007) Kehitysvammapalvelut vuonna 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:30. Helsinki. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/08/jl1185958822279/passthru.pdf>.
- Kuuden suurimman kaupungin kehitysvammahuollon palvelujen ja kustannusten vertailu 2005 (2006) Kuusikko-työryhmän kehitysvammahuollon asiantuntijaryhmä, koonnut Aila Kumpulainen 15.11.2006. http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/KVT2005.pdf.
- Niemelä, Markku & Brandt, Krista (toim.) (2008) Kehitysvammaisten yksilöllinen asuminen. Pitkäaikaisesta laitosasumisesta kohti yksilöllisempiä asumisratkaisuja. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:73. Helsinki. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/vk1202213422750/passthru.pdf>.
- Puumalainen, Jouni & Laisio-Nuotio, Annika & Lehikoinen, Tuula (2003) Vammaispalvelulain mukaiset palvelut. Kysely palvelujen käyttäjille ja kuntien edustajille. Tutkimuksia 71. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2003 (2004) Suomen Virallinen tilasto (SVT), Sosiaaliturva 2003:4. Helsinki: Stakes.
- SOTKANet -tilastot. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu->
- Vaarama & Voutilainen & Manninen (2003) Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:8.
- Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö. Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 2003:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/asumpalv03/asumpalv03.pdf> [22.10.2008].

LIITETAULUKKO 1. Kooste kuntien vastauksista laatusuosituksen eri tavoitealueiden indikaattoreihin

Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen tavoitealueet (STM 2003:4)	Esimerkkejä indikaattoreista	Arviointitutkimuksen tuloksia vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksesta, kuntakyselyyn perustuen vuodelta 2007	
Kunnan päätöksenteko ja toiminta tukee sosiaalisesti kestävä, oikeudenmukaisen ja elinvoimaisen yhteisön toteutumista vammaisten ihmisten näkökulmasta.	Kunnassa on käytössä vammaispoliittinen ohjelma: kunnan oma, alueellinen, läänin tai valtakunnallinen.	Kuntasuunnitelmia arvioidaan vammaisuusnäkökulmasta vain noin 20 prosentissa vastanneita kuntia. Yli puolet vastaajista oli eri mieltä, ja 15 prosenttia ei osannut vastata.	Runas puolet kunnista tukee vammaisneuvostojen työtä, mutta vain viidesosa arvioi kuntasuunnitelmia vammaisuusnäkökulmasta ja noin seitsemännes käyttää vammaispoliittista ohjelmaa kunnan päätöksenteon tukena.
		Parhaiten vammaisuusnäkökulma oli mukana kuntasuunnitelussa suurissa kunnissa (yli 50 %), mutta keskikokoisista vain 20 prosentissa ja pienistä kunnista alle 20 prosentissa. Vammaispoliittinen ohjelma ei ole vielä löytänyt paikkaansa kunnallisessa päätöksenteossa, koska vammaispoliittinen ohjelma oli laadittu vastanneista kunnista vain 32 prosentissa. Päätöksenteon tukena sitä käytetään vain noin 15 prosentissa kuntia. Kunta tukee vammaisneuvoston toimintaedellytyksiä 59 prosentissa kuntia, mutta ei tue 35 prosentissa kuntia. Runsas 10 prosenttia kunnista ei osannut vastata. Vammaisneuvosto on yli 70 prosentissa kunnista. Niistä vastaajista, joiden kunnassa on vammaisneuvosto, 83 prosenttia kunnista tukee neuvoston työtä.	Vammaispoliittinen ohjelma on käytössä vain noin kolmasosassa kuntia. Kahdessa kolmasosassa sitä ei ole käytössä. Muutamissa kunnissa ei osattu sanoa, onko kunnassa vammaispoliittista ohjelmaa. Vammaisneuvosto toimii kolmessa neljäsosassa kuntia, mutta noin neljäsosassa kuntia sitä ei ole. Muutama kunta ei osannut sanoa, toimiiko kunnassa vammaisneuvosto. Vammaisasiamies on vain neljässä prosentissa kuntia ja 93 prosentissa kuntia sellaista ei ole. Kolme prosenttia kunnista ei osannut sanoa, onko kunnassa vammaisasiamies. Kunnan koon mukaan tarkasteltuna ryhmien välille ei syntynyt tilastollisesti merkitseviä eroja, mutta vammaisasiamies on useammin suurissa (14 %) kuin keskikokoisissa (4 %) ja pienissä kunnissa (2 %).
Kunnan asukkailla on turvallinen, terveellinen, viihtyisä, sosiaalisesti toimiva ja eri väestöryhmien tarpeita vastaava elin- ja toimintaympäristö.	Kunnan rakentamis- ja suunnitteluohjeissa on esteettömyyden ja saavutettavuuden tavoitteita ja periaatteita.	Lähes 48 prosentissa kuntia otetaan kaavoituksessa, rakentamisessa ja ympäristön muuttamisessa huomioon ihmisten toimintakyvyn erilaisuus, mutta noin 26 prosentissa kuntia sitä ei oteta huomioon. Kysymykseen ei osannut vastata yli 26 prosenttia kunnista.	Kunnan rakennettuun ympäristöön on tehty esteettömyyskartoitus runsaassa kahdessa viidesosassa kuntia, mutta vajaassa kolmasosassa kuntia sitä ei ollut tehty. Neljännes kunnista ei osannut sanoa, onko rakennetun ympäristön esteettömyyttä kunnassa kartoitettu.
		Lähes 43 prosentissa kuntia kunnan rakennettu ympäristö tukee toimintarajoitteisten asukkaiden sosiaalista kanssakäymistä muiden asukkaiden kanssa ja yli 35 prosentissa kuntia näin ei tapahdu. Noin 22 prosenttia kunnista ei osannut vastata tähän kysymykseen. Kahdessa kolmasosassa kuntia kunnan elin- ja toimintaympäristö nähtiin turvallisesti ja terveelliseksi toimintarajoitteisille ihmisille kunnista. Runsaassa neljänneksessä se ei ole turvallinen ja terveellinen, ja seitsemännes ei osannut vastata.	Kunnan koon mukaan tarkasteltuna ryhmien välillä oli tilastollisesti erittäin merkitseviä eroja. Suurista kunnista yli neljässä viidesosassa oli tehty rakennetun ympäristön esteettömyyskartoitus, mutta keskikokoisista kunnista se oli tehty puolessa ja pienistä kunnista vain vajaassa kolmasosassa. Toisaalta pienistä kunnista lähes kolmasosa ja keskikokoisista noin neljäsosa ei osannut sanoa, onko kunnan rakennettuun ympäristöön tehty esteettömyyskartoitus. Esteettömyysohjelma on laadittu vain yhdeksässä prosentissa vastanneita kuntia ja 81 prosenttia ilmoitti, että sitä ei kunnassa ole. Hieman yli 10 prosenttia vastaajista ei osannut sanoa, onko esteettömyysohjelma tehty.

Taulukko jatkuu

Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen tavoitealueet. (STM 2003:4)	Esimerkkejä indikaattoreista	Arviointitutkimuksen tuloksia vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksesta, kuntakyselyyn perustuen vuodelta 2007	
Kunnassa on määrällisesti riittävä, esteetön, toimiva ja muunneltava asuntokanta. Asunnoissa tulee voida asua elämän eri tilanteissa. Erityisratkaisut ovat yksilöllisiä ja osa yhdyskuntaa.	Asuntojen ja asuin ympäristön esteettömyyden toteutumista ohjataan, tuetaan ja valvotaan: uudisrakentamisessa, korjausrakentamisessa ja asunnon muutostöissä.	Hieman yli 43 prosentissa kuntia on määrällisesti riittävä esteetön asuntokanta, mutta 49 prosentissa kuntia näin ei ole.	Esteettömyyskartoitus on tehty kunnan asuntokantaan viidenneksessä kunnista. Lähes kolmannes kuntia ei osannut sanoa, onko kartoitus tehty. Vammaisille ihmisille tarkoitettuihin palveluasumisyksiköihin esteettömyyskartoitus on tehty lähes puolessa kuntia.
		Neljäkymmentäkaksi prosenttia kunnista oli sitä mieltä, että kunnan asuntosuunnittelussa otetaan huomioon toimintarajoitteisten henkilöiden tarpeet ja samoin 42 prosenttia oli sitä mieltä, että toimintarajoitteisten henkilöiden tarpeita ei oteta huomioon. Lähes 16 prosenttia kunnista ei osannut vastata. Jatkuvuuden ja vuorovaikutuksen periaatteiden noudattamisesta kunnan uudis- ja korjausrakentamisessa ei ollut tietoa lähes 43 prosentissa kuntia. Runsas 33 prosenttia kunnista noudattaa näitä periaatteita, mutta vajaa 25 prosenttia ei noudata.	Kolmasosassa kuntia esteettömyyskartoitusta ei ole tehty ja viidenneksessä kunnista ei osannut sanoa, onko sitä tehty. Vanhuksille tarkoitettuihin asuntoihin esteettömyyskartoitus on tehty lähes puolessa kunnista, mutta kartoitusta ei ollut tehty vajaassa kolmasosassa kuntia. Yli viidenneksessä kunnista ei osannut sanoa, onko kartoitusta tehty. Esteettömyyskartoitusta ei ole tehty yksityisiin palveluasuntoihin runsaassa kahdessa viidesosassa kuntia, mutta on tehty lähes neljänneksessä kuntia.
Sekä julkiset että yksityiset palvelut ovat kaikkien saavutettavissa ja käytettävissä. Palvelut tukevat ihmisten elämänlaatua, ehkäisevät syrjäytymistä ja helpottavat arjen sujumista.	Kunnan toteuttamien palveluiden esteettömyyttä ja saavutettavuutta kehitetään vuosittaisen arviointi- ja koulutustoiminnan avulla.	Liikkumisesteiset kuntalaiset pystyvät käyttämään kuntansa julkisia palveluja 67 prosentissa kuntia, mutta 31 prosentissa ei pysty.	
		Näkörajoitteiset henkilöt (sokeat ja heikkonäköiset) pystyvät käyttämään kunnan julkisia palveluja 62 prosentissa kuntia, mutta 29 prosentissa kuntia he eivät pysty käyttämään niitä. Vajaa 10 prosenttia kunnista ei osannut vastata. Kuulo- ja/tai puhevaikeuksia omaavat kuntalaiset pystyvät käyttämään kunnan julkisia palveluja vastaajista noin 73 prosentissa kuntia, mutta lähes 21 prosentissa kuntia he eivät pysty. Seitsemän prosenttia kunnista ei osannut sanoa, pystyvätkö vai ei. Henkilöt, joilla on vaikeuksia asioiden ymmärtämisessä, pystyvät käyttämään kunnan julkisia palveluita 64 prosentissa kuntia, mutta 23 prosentissa kuntia he eivät pysty. Kunnista 13 prosenttia ei osannut vastata.	Liikennepalvelujen esteettömyys on kartoitettu lähes kahdessa viidesosassa kuntia, mutta noin kolmasosassa kuntia sitä ei ollut tehty ja lähes kolmasosa kunnista ei osannut sanoa, onko liikennepalvelut kunnassa kartoitettu.

Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen tavoitealueet. (STM 2003:4)	Esimerkkejä indikaattoreista	Arviointitutkimuksen tuloksia vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksesta, kuntakyselyyn perustuen vuodelta 2007	
Toimintakyvyltään erilaisten kuntalaisten asumista tukevat palvelut toteutetaan yksilöllisesti ja käyttäjän tarpeiden mukaisesti.	Kuinka monelle vammaiselle kunnassa on palvelusuunnitelma?	Palvelusuunnitelma, jonka laatimiseen kuntia on kehoitettu jo vuodesta 1988 lähtien, on vastaajien mukaan toteutunut kunnissa varsin hyvin. (VPA 1987/759, 2§) Lähes 90 prosentissa kuntia käytetään asiakkaan kanssa laadittua palvelusuunnitelmaa hänen palveluittensa suunnittelussa. Vain alle yhdeksässä prosentissa kuntia palvelusuunnitelma ei ole käytössä kunnassa.	Runsaassa kahdessa viidesosassa kuntia laatusuositus ei ollut vaikuttanut yksilöllisten palvelusuunnitelmien laatimiseen, mutta vajaassa kolmanneksessa palvelusuunnitelmien laatiminen oli helpottunut laatusuosituksen vaikutuksesta. Muutamassa kunnassa palvelusuunnitelmien laatiminen oli vaikeutunut laatusuosituksen myötä. Neljännes kunnista ei osannut vastata kysymykseen.
		Yli 70 prosentissa kuntia annetaan vammaisille ihmisille asumiskokeilua ja asumisvalmennusta heidän tarpeensa mukaan, mutta noin 25 prosentissa kuntia asumiskokeilua ja -valmennusta ei anneta asiakkaan tarpeen mukaan. Noin 57 prosentissa kuntia arvioidaan säännöllisesti vammaisten asukkaiden palveluasumisen toteutumista, mutta noin 38 prosentissa kuntia säännöllistä arviointia ei tehdä.	Yli puolessa kuntia suositus ei ollut vaikuttanut palveluasumispäätösten tekemiseen, mutta hieman yli viidenneksessä kyseisten päätöksen tekeminen oli laatusuosituksen myötä helpottunut. Yhdessä kunnassa laatusuositus oli sen sijaan vaikeuttanut palveluasumispäätösten tekoa. Lähes neljänneksessä kuntia ei osattu sanoa, oliko laatusuosituksella vaikutusta palveluasumispäätösten tekemiseen kunnassa.

3.5 Päihdepalveluiden laatu

AIRI PARTANEN

Päihdepalvelujen laatusuositukset ja Neuvoa-Antavat

Vuonna 2002 julkaistut päihdepalvelujen laatusuositukset (Päihdepalvelujen laatusuositukset 2002) ovat auttaneet päihdehoitoyksiköitä, kuntia ja lääninhallitusten lupa- ja valvontaviranomaisia tulkitsemaan päihdehuoltolakia ja täsmentäneet sitä, mitä laadukkailla päihdepalveluilla tarkoitetaan. Suositukset ovat toimineet parhaiten päihdehoitoyksiköissä, kun ne ovat arvioineet itse toimintansa laatua. Laatusuositusten pohjalta tehdyt strukturoidut päihdeyksiköiden laatuarviolomakkeet ovat olleet tärkeä työväline. Päihdehoitoyksiköt ovat voineet lähettää täyttämänsä lomakkeet julkaistavaksi Stakesin Päihdetyö-ryhmän ylläpitämään päihdehoitopaikkatietokantaan (ks. tarkemmin Hoitopaikkatietokanta¹⁶). Stakesin tietokannassa on mukana noin 100 laatuarviolomaketta täyttäneitä yksikköä. Julkaistut päihdehoitoyksiköiden laatuarviolomakkeet tekevät eri yksiköiden välisen ulkoisen vertailun mahdolliseksi asiakkaille, työntekijöille, eri yksiköille ja palveluiden ostajille. Hoitopaikkatietokanta on käytetyin Neuvoa-Antavien tietokannoista. Työn pitkäjänteisyys ja johdon vahva sitoutuminen on nähty päihdehoitoyksiköiden palvelujen kehittämistyön onnistumisen edellytyksenä. Osallistuminen vertaisarviointiin Neuvoa-Antavien sivustoilla on johdon käytössä oleva työkalu.

Päihdehoitoyksiköiden laatuarviolomake sisältää tietoja hoitoyksiköstä, henkilökunnasta, yksikön tarjoamista palveluista ja niissä käytettävistä hoitomenetelmistä, hoitoon hakeutumisesta ja hoidon kulusta, jatkohoidon suunnittelusta ja toiminnan arvioinnista. Päihdehuollon avohoitoa, laitshoitoa ja lastensuojeluyksiköitä varten erikseen suunnitellut lomakkeet ovat suurelta osin sisällöllisesti samanlaisia. Ne poikkeavat toisistaan vain joidenkin avo-, laitos- tai lastensuojeluyksiköitä koskevien yksityiskohtiensa osalta. Hoitoon hakeutumisen osalta keskeistä on arvioida muun muassa hoitoon hakeutumiskäytännöt ja päihtyneenä asioimiseen suhtautuminen. Hoidon suunnittelun ja asiakkaan oikeusturvan kannalta kirjatulla hoito- tai palvelusuunnitelmalla on tärkeä rooli. Hoitoprosessissa tärkeä osatekijä on erilaiset hoitomenetelmät ja asiakkaan läheisten huomioiminen. Jatkohoidon osalta hoidon jatkuvuudelle tärkeitä tekijöitä ovat hoidon yhteenveto ja jatkohoidosta tehdyt selkeät sopimukset.

Lääninhallitusten tekemässä päihdepalveluiden laatusuosituksia soveltavassa lupakäytäntö- ja valvontatyössä painopistettä on esitetty siirrettäväksi enemmän yksittäisten hoitopaikkojen arvioinnin sijaan kuntatasolla tehtävään päihdepalveluiden tai päihdetyön kokonaisarviointiin. Päihdepalveluiden laatusuositukset antavat kuitenkin vain vähän arviointikriteereitä kuntatasolla tehtävään päihdepalveluiden arviointiin. Lääninhallitusten lupa- ja valvontatyössä on käytetty joitakin päihdepalveluiden laatusuosituksiin sisältyviä määrällisiä suosituksia viitteellisesti esimerkiksi uusien yksityisten laitoshoitoyksiköiden lupa- ja valvontatoimissa. Tällaisia määrällisiä suosituksia päihdepalveluiden laatusuosituksissa ovat seuraavat:

- Polikliinisen päihdetyön henkilöstömitoituksen tavoitteena on 3 henkilötyövuotta 10 000 asukasta kohti. Suurimmissa kunnissa tarve voi olla tätäkin suurempi. Henkilöstötarve on sidoksissa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden toimivuuteen.
- Ympäri vuorokautisessa katkaisu- ja vieroitushoidossa henkilöstön mitoitus edellyttää 0,8 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää asiakasta kohti. Joidenkin asiakasryhmien, kuten alaikäisten, huumeiden käyttäjien ja sekakäyttäjien, psyykkisistä ongelmista kärsivien tai päihtyneiden hoidossa, ammattikoulutetun henkilöstön tarve saattaa olla 1,5 työntekijää asiakasta kohti.
- Kuntoutuslaitoksen henkilöstömitoitus edellyttää 0,5 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää kuntoutettavaa asiakasta kohti.

16 www.stakes.fi/neuvoa-antavat.

- Laitosmuotoisessa (huoltosuhteisessa) palveluasumisessa kohtuullisena henkilöstön mitoituksena voidaan pitää 0,3 sosiaali- tai terveydenhuollon koulutuksen saanutta työntekijää asiakasta kohti.
- Muuta kuin varsinaiseen asiakastyöhön osallistuvaa henkilöstöä (hallinto, siivous, ruoka-huolto jne.) on oltava tarvittava määrä.
- Polikliinisissa palveluissa sekä akuutissa laitoshoidossa (katkaisu- ja vieroitusohito sekä päivystys- ja päihtyneiden palveluissa) työvuorot ja henkilöstömitoitus järjestetään siten, että toimintayksikössä on aina vähintään kaksi työntekijää. Samoin muissa yksiköissä, joissa toiminta ja turvallisuus sitä edellyttävät.

Päihdepalveluiden avohoitoa koskevaa henkilöstösuositusta on ollut mahdollista käyttää kuntatason päihdepalveluiden toimivuuden arviointiin. Kukin kunta voi kuitenkin järjestää päihdepalvelunsa tarkoituksenmukaiseksi katsomallaan tavalla – osan peruspalveluissa, osan päihdehuollon erityispalveluina ja osan ostopalvelusopimuksilla. Vaihtelevat järjestämistavat tekevät päihdepalveluiden laatusuositusten henkilöstömitoituksen arvioinnin ongelmalliseksi koska arviointi ja vertailu kuntien kesken on mahdollista vain, jos kaikki kunnan järjestämät avomuotoiset päihdepalvelut otetaan huomioon, kun henkilöstömäärää lasketaan. Kunnan itsensä ylläpitämien päihdehuollon erityispalveluiden henkilöstön huomioiminen yksinään ei ole riittävää.

Päihdeavainindikaattorit ja hyvinvointisaldo

Kuntatasolle tulisi saada nykyistä konkreettisempia välineitä päihdepalveluiden riittävyyden ja laadukkuuden arviointiin. Asiaa voivat osaltaan edistää Lapin lääninhallituksen vuonna 2006–2007 koordinoimassa hankkeessa tuotetut päihdeavainindikaattorit. Kunnan päihdeavainindikaattorit on julkaistu SOTKANet-verkkopalvelussa¹⁷. Kunnan päihdeavainindikaattorit -kokonaisuus sisältää 10 kuntatason avainindikaattorin lisäksi muita, myös valtakunnan tason taustaindikaattoreita, kuntien päihdeasioiden puheeksiottamisen, suunnittelemisen ja kehittämisen tueksi. Päihdeavainindikaattorit on jaettu päihdehaittoja mahdollisesti ennakoiviin tekijöihin sekä päihdehaittoja kuvaaviin indikaattoreihin. Kunnan hyvinvointisaldo on kunnan itsensä tekemä kokonaisarviointi kunnan päihdetilanteesta ja päihdehaitoista. Kunnan päihdeavainindikaattorit ovat työväline, jolla helpotetaan päihteitä koskevan tilastotiedon hyödyntämistä kunnissa päihdeavainindikaattoreiden ja niihin liitettyjen tulkintakysymysten avulla.

Päihdehaittoja ennakoivia indikaattoreita ovat:

- alkoholijuomien myynti asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa
- koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17–24-vuotiaat 1 000 vastaavanikäistä kohden
- toimeentulotukea saaneet henkilöt vuoden aikana, % asukkaista
- työttömät, % työvoimasta.

Päihdehaittoja kuvaavia indikaattoreita puolestaan ovat:

- poliisin tietoon tulleet henkeen ja terveyteen kohdistuneet rikokset 1 000 asukasta kohden
- poliisin tietoon tulleet rattijuopumustapaukset 1 000 asukasta kohden
- päihdehuollon avopalveluissa asiakkaita 1 000 asukasta kohden
- päihdehuollon laitoksissa hoidossa olleet asiakkaat 1 000 asukasta kohden
- päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidetut potilaat 1 000 asukasta kohden.

¹⁷ www.sotkanet.fi.

Näiden päihdehaittoja ennakoivien ja päihdehaittoja kuvaavien indikaattoreiden lisäksi mukana on joukko taustaindikaattoreita, joita voi käyttää täsmentämään saatua kuvaa.

Kunnat voivat päihdeavainindikaattoreiden avulla arvioida, mihin suuntaan kuntalaisten terveys ja hyvinvointi päihdeiden käytön tai siihen liittyvien riskitekijöiden ja päihdehaittojen osalta ovat kehittymässä ja mihin voimavaroja kannattaa vastaisuudessa suunnata. Päihdeavainindikaattoreiden avulla kuntia voidaan motivoida ehkäisevän päihdetyön ja päihdepalvelujen kehittämiseen. Tilastotiedon antama tieto näyttää kuitenkin välähdyksiä kokonaisuudesta. Kuntien päihdeavainindikaattorit ovat mahdollisten päihdeongelmien karkeita osoittimia, jotka ovat monelta osin myös kuntien välillä vertailukelpoisesti tulkittavissa. Indikaattoreiden tarkempaan tulkintaan vaikuttaa kuitenkin kuntakoko ja palvelujärjestelmän rakenne.

Indikaattorien antaman kuvan täydentäminen vaatii paikallisen tietämyksen ja tulkinnan hyödyntämistä. Indikaattoritiedot antavat karkean kokonaiskuvan päihdetilanteesta, päihdehaitoista ja päihteisiin liittyvästä työstä, mutta sen täydentäjäksi tarvitaan paikallista tilasto- ja havaintotietoa. Havaintotieto voi olla hyvinkin ammattisidonnaista, esimerkiksi poliisi voi nähdä asian eri tavalla kuin sosiaalityöntekijä tai kouluterveydenhoitaja. Paikallista tulkintaa onkin parhaassa tapauksessa tuottamassa moniammatillisia tiimejä, joissa erilaiset näkökulmat on huomioitu mahdollisimman monipuolisesti.

Paikallisen tiedon hyödyntäminen on keskeistä päihteisiin liittyvän hyvinvointisaldon hahmottamisessa. Hyvinvointisaldon muodostamiseksi kunnan päihdetilannetta on tarkasteltava laaja-alaisesti päihteistä koituvien hyötyjen ja niistä aiheutuvien haittojen kautta. Päihdeiden käyttöön liittyviä paikallisia hyötyjä voivat olla esimerkiksi kunnan alkoholielinkeinon tuottamat hyödyt. Päihteistä aiheutuvat haitat lisäävät monenlaisia palvelutarpeita, kuten päihde-ehdoisten sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä järjestykseen liittyvä palveluiden tarvetta. Hyvinvointisaldo muodostuu siis kokonaiskuvasta, joka syntyy päihdeavainindikaattorien antamasta tilastotiedosta ja niiden läpikäymisestä moniammatillisessa työryhmässä, jossa hyödynnetään myös paikallista tilasto- ja havaintotietoa. Näin voidaan tehdä perusteltuja tulkintoja ja oivalluksia paikallisesta päihdetilanteesta ja suunnitella niiden pohjalta tarvittavia toimenpiteitä.

Lähteet

Hoitopaikkatietokanta. <http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/tietokannat/hoitopaikat/index.htm>.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf>.

Päihdepalvelujen laatusuosituksen (2002) Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki.

SOTKANet verkkopalvelu, www.sotkanet.fi.

Lisätietoja

Kunnan avainpäihdeindikaattorit (2007) Martin, Maria (toim.) Lapin lääninhallituksen julkaisusarja 2007:1. Rovaniemi. <http://www.laeninhallitus.fi/lh/biblio.nsf/wLatestlh/B6FA898F4C8B3BF1C2257272004652FE>.

3.6 Sairauskohtaiset ja yleiset kliiniset terveydenhuollon laatuindikaattorit

PÄIVI HÄMÄLÄINEN

Sairauskohtaisia tai muita vastaavia kliinisiä terveydenhuollon laatuindikaattoreita ei Suomessa ole toistaiseksi käytetty alueellisessa tai organisaatiokohtaisessa säännöllisessä toiminnan vaikutusten seurannassa, mutta niiden kehittämiseen on osallistuttu eri kansainvälisissä hankkeissa. Suomen kansallisen tason indikaattoritietoja on näin kerätty ja julkaistu kansainvälisissä raporteissa. (NHV-Rapport 2003; Mattke ym. 2006; OECD 2007; Kvalitetsmåling 2007.)

Useimmissa maissa, myös Suomessa, saadaan terveydenhuollon sairausspesifisten laatuindikaattoreiden rakentamisessa tarvittavia tilastotietoja pääosin vain sairaaloiden tai erikoissairaanhoidon toiminnasta. Tietoa kerätään sairaaloiden hoitoilmoituksista tai sitä saadaan sairausvakuutusjärjestelmästä. Muita tiedonlähteitä ovat muun muassa syöpärekisteri ja kuolemansyytilastot. Sairauksien hoidon seurauksia kuvaavat terveydenhuollon laatuindikaattorit mittaavatkin pääasiassa erikoissairaanhoidon toimintaa. Lisäksi on julkaistu joitain yksittäisiä kansanterveyden toimenpiteiden onnistumista kuvaavia laatuindikaattoreita. Joissain maissa on kansallisia tautikohtaisia laaturekistereitä, joihin tallennetaan tietoa jonkin sairausryhmän hoitotapahtumista. Vastaavia kansallisia rekistereitä on Suomessa vain muutama, kuten Lääkelaitoksen implanttirekisteri ja Munuais- ja maksaliiton ylläpitämä munuaistautirekisteri.

Sairauskohtaisen tai vastaavan kliinisen terveydenhuollon laatuindikaattorin kehittäminen tehdään tunnistamalla lääketieteellisen ja epidemiologisen tutkimuksen avulla sellaisia terveydenhuollon palvelutapahtumia, joissa voidaan osoittaa tilastollisin menetelmin mitattava terveydenhuollon toiminnan vaikutus hoidon tulokseen. Tämän terveydenhuollon toiminnan tulee lisäksi olla sellaista, että terveystalouden kehittämistä voidaan joillain keinoin kehittää niin, että tulos muuttuu positiiviseen suuntaan (hoitotulokset paranevat tai hoidon haittavaikutukset vähenevät). Valitun indikaattorin pitää lisäksi olla väestön tai kansantalouden näkökulmasta merkittävä siten, että hoidon hyvällä laadulla on laajaa merkitystä. Esimerkiksi kansantaudin aiheuttama kuolleisuus, työkyvyttömyys tai kustannukset vähenevät. (Kelly & Hurst 2006.)

Terveydenhuollon toimintaan vaikuttavat resurssit, toimintatavat ja johtaminen, jotka kaikki ovat sidoksissa hallinnolliseen ja poliittiseen päätöksentekoon eri tasoilla. Terveydenhuollon sairauskohtaisia laatuindikaattoreita käytetäänkin palvelujärjestelmän yleisen toiminnan arviointiin ja niiden merkitys ei ole yksittäisen toimenpiteen tai yksittäisen taudin hoidon laadun seurannassa. Valituissa indikaattoreissa hoidon tulos ei synny yhden ”tempun” kautta vaan hoitotuloksen saavuttamiseksi tarvitaan toimivia hoitokejuja tai monien eri asioiden oikeanlaista yhteensovittamista. Indikaattoreita tarkastellaan harvoin yksinään. Useiden erilaisten indikaattoreiden samanaikaisella tarkastelulla saadaan esiin palvelujärjestelmän toiminnan eri piirteitä ja voidaan luoda kokonaiskuva toiminnan laadukkuudesta. Terveydenhuollon yleiset kliiniset ja sairauskohtaiset laatuindikaattorit ovat eri asia kuin terveydenhuollon teknologioiden, ”temppejen”, kuten lääkeaineiden tai leikkausmenetelmien, vaikuttavuuden arviointi.

Terveydenhuollon laatuindikaattorit OECD:n terveydenhuoltohankkeessa

OECD:n terveydenhuoltohanke käynnisti vuonna 2002 osahankkeen, jonka tavoitteena oli kehittää kansainvälisesti vertailukelpoisia terveydenhuollon laatuindikaattoreita. Eri maiden edustajista nimetty ”Health Care Quality Indicators” (HCQI) -asiantuntijaryhmä valitsi ensin joukon eri sairauksien hoitoa kuvaavia indikaattoreita, joiden tiedot kerättiin myös käytännössä. Vuosien

2003–2005 aikana ryhmä syvensi tarkastelua paneelityöskentelyllä sydän- ja verisuonitautien, diabeteksen, potilasturvallisuuden, mielenterveyden ja perusterveydenhuollon alueilla. Asian tuntijat arvioivat aineiston kelpoisuutta laadun mittaamiseen ja kansainväliseen vertailuun. Työn tuloksena syntyi 19 terveydenhuollon laatuindikaattorin lista. Kansainvälisiä vertailutietoja julkaistiin ensi kertaa vuoden 2007 OECD:n Health at a Glance -julkaisussa (OECD 2007). Vuonna 2008 tilastojärjestelmistä kerätään kokeilumielessä uusia potilasturvallisuuden ja mielenterveyden indikaattoreita ja perusterveydenhuollossakin päästään keräysvaiheeseen vuoden 2009 alussa. OECD suunnittelee julkaisevansa terveydenhuollon laatuindikaattorilukuja lisää vuoden 2009 Health at a Glance -julkaisussa. OECD:n HCQI-hankkeen kokemuksista on syntynyt useita OECD:n työpapereita sekä artikkeleita. Potilasturvallisuuden indikaattoreihin liittyvää kehittämistyötä on kuvattu tarkemmin tämän katsauksen luvussa 4.2.

Health at a Glance -julkaisussa kuvataan jokaisesta sinne valitusta indikaattorista mittauskohteena olevan asian yleinen merkitys terveystalouden järjestelmässä ja tieteellinen evidenssi, johon terveydenhuollon toiminnan laadun arviointi perustuu. Esimerkkinä Health at a Glance -julkaisuun valitusta indikaattorista on (sairaala)kuolleisuus akuutin sydäninfarktin jälkeen. Siihen vaikuttavat sepelvaltimotautipotilaiden hyvä perushoito, järjestelmän kyky antaa liuotushoitoa nopeasti sekä valmius tehdä päivystystoimenpiteitä. Kuolleisuutta akuutin infarktin jälkeen pidetäänkin hyvänä laatuindikaattorina (ks. myös taulukko 1). Vastaavat indikaattorit on voitu rakentaa myös aivoinfarkteista. Suomi sijoittuu OECD-vertailussa aivoinfarktikuolleisuuden osalta hyvin, mutta sydäninfarktin osalta alle keskitason.

Syöpähoidon osalta indikaattoreiksi on valittu rintasyöpää, kohdunkaulan syöpää ja paksusuolen syöpää sairastavien eloonjäämisaika taudin toteamisen jälkeen. Niissä hoitotulokseen vaikuttavat kyky havaita tauti ajoissa, oikeat hoitomenetelmien valinnat sekä hoidon toteutustapa- ja aika. Näiden osalta Suomi on keskitasoa ja sen paremmalla puolella, samoin rintasyöpäseulonta toimii hyvin. Kohdunkaulan syövän osalta Suomen sijoitus ei ole yhtä hyvä. Seulonta toimii kuitenkin yli keskitason. Tämä on hyvä esimerkki indikaattoreiden monimutkaisuudesta. Voikin olla mahdollista, että seulonnan avulla saadaan jo ennen sairauden puhkeamista estetyksi tautimuodot, joilla on luontaisesti parempi ennuste, ja vain vaikeat tautimuodot tulevat diagnosoituiksi ja päätyvät tilastoihin.

Perusterveydenhuollon toimintaa kuvataan astman hoidon onnistumisella. Astma on sairaus, jossa hoidon hyvällä hallinnalla kyetään estämään sellaiset taudin pahenemismuutokset, jotka vaativat sairaalahoitoa. Suomessa 5–39-vuotiaiden astmakuolleisuus on OECD:n alhaisin yhdessä Islannin ja Sveitsin kanssa. Asiaan olisi kuitenkin syytä kiinnittää erityishuomiota Suomessa, sillä sairaalahoitoon otetaan potilaita useammin kuin muissa maissa. Tämä on hyvä esimerkki siitä, että indikaattori ei ole valmis tieto, vaan kysymysten herättäjä: se antaa vinkin siitä, että asiaa on syytä tarkastella syvemmin. Vasta sen jälkeen voidaan sanoa, ovatko tässä tapauksessa taustalla erilaisuudet tilastotiedon käsittelytavassa vai perusterveydenhuollon ongelmat. Toisesta perusterveydenhuollon kuvaajasta, diabeetikon silmänpohjatarkastusten tekemisestä, ei Suomessa saada nykyisistä tilastojärjestelmistä tietoja. Perusterveydenhuollon avohoidon tilastouudistus voi parhaimmillaan muuttaa tilanteen.

Ehkäisevän työn toimivuutta kuvaava vanhusten influenssarokotusohjelman kattavuus on Suomessa tilastojen mukaan alle OECD:n keskitason. Suomi on kuitenkin parantanut sijoitustaan vuosien 2001 ja 2005 välillä enemmän kuin mikään muu maa. Tässä onkin oiva esimerkki terveyspoliittisten toimien vaikutuksesta terveydenhuollon laatuun. Näiden vuosien välillä rokotusohjelma avattiin sairausperusteisesta kaikille ikääntyneille avoimeksi. Lasten rokotusohjelman kattavuus on meillä hyvä, eikä tuhkarokkoa enää juuri esiinny. Toisaalta hinkuyskää esiintyy keskimääräistä enemmän. Suomen ongelma on se, että tiedot lasten rokotuskattavuudesta saadaan vain erilliskyselyin, eikä rutiininomaisesti tilastotiedon tuotantoa toistaiseksi ole.

Pohjoismaiden ministerineuvoston rahoittama terveydenhuollon laatuindikaattori

Pohjoismaiden ministerineuvosto on rahoittanut jo kolmea terveydenhuollon laadun kehittämishanketta. Se valitsi ensi kerran vuonna 2000 laadun mittaamisen terveydenhuollossa yhdeksi priorisoiduksi yhteistyöalueekseen. Pohjoismaiden ja itsehallintoalueiden edustajat valmistelivat vuosien 2000–2002 aikana terveydenhuollon toiminnan läpinäkyvyyttä ja laadunhallintatyötä edistäviä laatuindikaattoreita, joita kerättiin 15 kpl vuoden 2003 julkaisuun (NHV-Rapport 2003). Työryhmä ehdotti, että pohjoismaista yhteistyötä jatkettaisiin ja syvennettäisiin. Seuraava yhteispohjoismainen hanke työskenteli vuodet 2004–2006. Yhtenä keskeisenä teemana oli terveydenhuollon laatuun liittyvien tietojen julkaiseminen ja julkisuus. Työn lopputuloksena

TAULUKKO 1. Esimerkkejä yhteispohjoismaisista sairauskohtaisista indikaattoreista vuodelta 2005 (Kvalitetsmätning 2007, vuosi mainittu, jos muu kuin 2005)

	Tanska	Suomi	Grönlanti	Islanti	Norja	Ruotsi
Aivoverenvuoto sairaalakuolleisuus 30 päivän sisällä, %	23,6	21,9	25,0	30,6	18,5	18,6
Aivoverenvuoto kuolleisuus 30 päivän sisällä, %	32,0	26,5 (2004)	25,0	tieto puuttuu	34,9 (2001)	30,1 (2004)
Aivoinfarkti sairaalakuolleisuus 30 päivän sisällä, %	6,4	9,3	12,1	5,8	7,9	8,4
Aivoinfarkti kuolleisuus 30 päivän sisällä, %	9,0	11,5 (2004)	12,1	tieto puuttuu	13,1 (2001)	10,6 (2004)
Sydäninfarkti sairaalakuolleisuus 30 päivän sisällä, %	7,2	14,4	30,0	6,4	7,9	8,3
Sydäninfarkti kuolleisuus 30 päivän sisällä, %	15,8 (2003–2005)	19,0 (2004)	30,0	tieto puuttuu	13,8 (2001)	13,1 (2004)
Rintasyöpä suhteellinen eloonjääminen 1 vuosi, %	97,0	97,0 (2004)	tieto puuttuu	98,0 (1996–2000)	97,3	97,7
Rintasyöpä suhteellinen eloonjääminen 5 vuotta, %	85,0	88,0 (2004)	tieto puuttuu	89,0 (1996–2000)	86,5	87,0
Eturauhassyöpä suhteellinen eloonjääminen 5 vuotta, %	53,0	87,0 (2004)	tieto puuttuu	82,0 (1996–2000)	82,2	83,0
Synnytykset imeväiskuolleisuus 1 000:tta elävänä syntynyttä kohden	3,6 (2001–2005)	3,2 (2001–2005)	10 (2000 & 2002)	1,6	2,2 (1998)	2,3 (1996–2002)

valittiin ja määriteltiin 36 kpl pohjoismaiseen vertailuun sopivaa indikaattoria, joista kukin maa toimitti mahdollisimman tuoreet tiedot julkaistavaksi. Vertailussa olivat mukana myös OECD-indikaattorit (ks. edellä). Muutamaa indikaattoria (tupakointi, klamydia ja antibioottien käyttö) vertailtiin useammasta näkökulmasta, joten vertailtavia indikaattoreita oli yhteensä 43 kpl. (Kvalitetsmåling 2007.)

Laatuindikaattoreiden aiheita olivat yleiset ja sairauskohtaiset indikaattorit, terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhuolto, perusterveydenhuolto, psykiatria, potilasturvallisuus ja potilaiden kokema terveydenhuollon laatu/potilastyytyväisyys. Sairauskohtaisia indikaattoreita otettiin mukaan kaiken kaikkiaan 22 kpl. Taulukkoon 1 näistä on poimittu kymmenen. Julkaistujen indikaattoreiden lisäksi laadittiin 40 ns. potentiaalisen indikaattorin lista jatkokehittelyn pohjaksi. Tavoitteena on, että sovitut maakohtaiset tiedot julkaistaisiin säännönmukaisesti Pohjoismaisen terveystilastokomitean Nomeskon vuositilastoissa (NOMESCO 2007).

Vuosina 2007–2010 pohjoismainen laadunhallintayhteistyö jatkuu kolmatta kautta. Työ on jaettu neljään osaan: potilasturvallisuus (ks. luku 4.2), terveydenhuollon laatuindikaattorit, potilastyytyväisyyden mittaaminen ja suun terveydenhuollon laatuindikaattorit.

Tulevaisuus

Kansainvälinen terveydenhuollon laatu tiedon julkaiseminen on tullut jäädäkseen. Suomen toiminnan laadusta saadaan kansainvälistä vertailutietoa säännöllisesti ainakin OECD:n ja Nomeskon julkaisuissa. Myös Euroopan unioni valmistelee kansanterveysseurannassaan terveydenhuollon laatuindikaattoreita erilaisissa hankkeissa. Terveydenhuollon kliinisen toiminnan tiedoista muodostettujen laatuindikaattoreiden kehittäminen on hidasta työtä. Sitä voidaan tehdä vain laajoissa verkostoissa, joissa lääketieteen, epidemiologian, tilastotieteen ja terveydenhuoltojärjestelmän sekä terveystalouden asiantuntijat työskentelevät tiiviissä yhteistyössä. Suomessa on toistaiseksi kerätty tällaista laatuindikaattoritietoa vain kansainvälisiä arviointeja varten. Osa indikaattoreista voisi sopia myös kansalliseen alueellisen ja/tai organisaatiotasaisen terveydenhuollon toiminnan laadun ja muutosten seurantaan. Asianmukaista tietoa antavat indikaattorit voisivat olla hyviä työkaluja, mutta indikaattorityöllä on myös riskejä, jos erilaisia julkaistuja numeroita ymmärretään ja tulkitaan väärin. Sopivien indikaattoreiden valinta voidaankin tehdä vain kehittämishankkeissa, joissa indikaattorien kykyä antaa tietoa mitattavasta ilmiöstä kansallisella tasolla kokeillaan ja tutkitaan huolellisesti.

Lähteet

Kelly, Edward & Hurst, Jeremy (2006) Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Paper N:o 23, OECD, Paris: OECD. <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf> [23.10.2008].

Kvalitetsmåling i sundhedsvesenet i Norden (2007) Tema Nord 2007:519. København: Nordisk Ministerråd. http://www.norden.org/pub/velfaerd/social_helse/sk/TN2007519.pdf [23.10.2008].

Mattke, Soeren; Kelley, Edward; Scherer, Peter; Hurst, Jeremy; Lapetra, Maria and the HCQI Expert Group Members (2006) Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report. Health Working Papers No 22. Paris: OECD.

NHV-Rapport 2003:1. (2003) Kvalitetsmåling i Sundhedsvesenet. Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan. <http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/NHV-Rapport/NHV-rapport%202003-1.pdf> [23.10.2008]

NOMESCO Health Statistics in the Nordic Countries 2005. (2007) NOMESCO, Copenhagen: NOMESCO. <http://nomesco-eng.nom-nos.dk/filer/publikationer/Helse%202005.pdf> [23.10.2008].

OECD. Health at a Glance. OECD Indicators 2007. http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_33929_16502667_1_1_1_37407,00.html [23.10.2008].

Kirjallisuutta

OECD. Towards High Performing Health Systems (2004) Paris. <http://www.oecd.org/dataoecd/15/23/31737305.pdf> [30.10.2008].

OECD Health Working Papers 29, DELSA/HEA/WD/HWP(2007)4. <http://www.oecd.org/dataoecd/57/22/39447928.pdf> [30.10.2008].

4 MITÄ TIETOA ON SAATAVISSA LAADUN ERI OSATEKIJÖIDEN TOTEUTUMISESTA?

4.1 Saatavuus ja oikea-aikaisuus

Kiireettömään hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa

HANNU RINTANEN

Kansanterveyslakia (Laki kansanterveystalain 2004) ja erikoissairaanhoidtolakia (Laki erikoissairaanhoidtolain 2004) muutettiin 1.3.2005 alkaen siten, että niissä säädetään missä ajassa potilaan on viimeistään päästävä kiireettömään hoitoon terveyskeskukseen ja sairaalaan. Tämän ns. hoitotakuun odotettiin merkittävästi parantavan pääsyä kiireettömään hoitoon. Stakes ja sosiaali- ja terveysministeriö ovat tuottaneet yhteistyössä yleisterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon palvelujen saatavuutta kuvaavat seurantaindikaattorit tavoiteaikojen, hoitotakuun laatukriteereiden, toteutumisen arvioimiseksi.

Hoitotakuulainsäädännön tuomat laatukriteerit ovat:

- kiireellisen hoidon tarpeessa olevan henkilön tulee päästä hoitoon välittömästi
- potilaan tulee saada terveyskeskuksen aukioloaikana välittömästi puhelinyhteys terveyskeskukseen.
- jos hoidon tarpeen arviointi vaatii terveyskeskuksessa käyntiä, aika tulee saada kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta.
- jos hoitoa ei voida aloittaa jo ensimmäisellä käyntikerralla, hoitoon on päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa. Jos terveyskeskuksessa annetaan erikoissairaanhoidtoa, hoitoon on päästävä viimeistään kuudessa kuukaudessa.
- sairaalassa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta
- jos potilas tarvitsee sairaalahoitoa, hoito on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista
- terveydenhuollon toimintayksikön tulee julkaista tiedot hoitoon pääsyn odotusajoista.

Tässä luvussa esitellään hoitotakuulainsäädännön laatukriteerien toteutumista perusterveydenhuollossa vuosina 2005–2007 kyselyillä kerättyjen aineistojen avulla. Tiedot päivittyvät vuosittain ja ne löytyvät Stakesin verkkosivuilta <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/hoidonsaatavuus/pthhoidonsaatavuus.htm> sekä Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuilta osoitteesta <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/hoitoon.htx>.

Yleisterveydenhuolto

Aineisto ja tiedonkeruu

Säädösten toteutumisen seuranta toteutetaan määräajoin Stakesin ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyönä tehtävillä kyselyillä johtaville viranhaltijoille. Kyselyiden tulokset ovat selvitysluonteisia ja ne kuvastavat vastaajien näkemyksiä vastaushetken tilanteesta. Ensimmäinen kysely terveyskeskuksiin tehtiin ennen hoitotakuulakien voimaantuloa tammikuussa 2005. Kysely

koski pääosin yleisterveydenhuoltoa, mutta mukana oli myös suun terveydenhuoltoa koskevia kysymyksiä. Yleisterveydenhuollon kyselyt toistettiin syyskuussa 2005, helmikuussa 2006 ja maaliskuussa 2007. Vastausprosentit ovat kyselyissä vaihdelleet 95 prosentista 86 prosenttiin. Pienten terveyskeskusten osalta vastausprosentti on ollut pienempi, joten kyselyiden väestökattavuus on vaihdellut 99 prosentista 95 prosenttiin. Terveyskeskusten lukumäärä on kahden vuoden aikana vähentynyt parilla kymmenellä. 170 terveyskeskusta (noin 70 % terveyskeskuksista) on vastaanottanut jokaiseen kyselyyn, ja seuraavassa trendejä tarkastellaan osittain näiden terveyskeskusten vastausten pohjalta.

Tulokset

Ennen hoitotakuulainsäädännön voimaan astumista noin 40 % terveyskeskuksista ilmoitti, että välittömän yhteydenoton saannissa virka-aikana terveyskeskukseen oli ajoittaisia tai jatkuvia ongelmia. Vuoden 2005 syyskuuhun mennessä tilanteen ilmoitettiin jo merkittävästi parantuneen. Viimeisin kysely maaliskuussa 2007 osoitti taas lieviä heikentymisen merkkejä välittömän yhteydenoton saannissa (neljäsosalla terveyskeskuksista ajoittaisia tai jatkuvia ongelmia). Väestöstä 74 prosenttia asui tällöin alueella, jossa hoitotakuun edellyttämä välitön yhteydensaanti terveyskeskukseen virka-aikana toteutuu. Vuotta aikaisemmin 80 prosenttia väestöstä asui alueella, jossa hoitotakuu toteutui tältä osin.

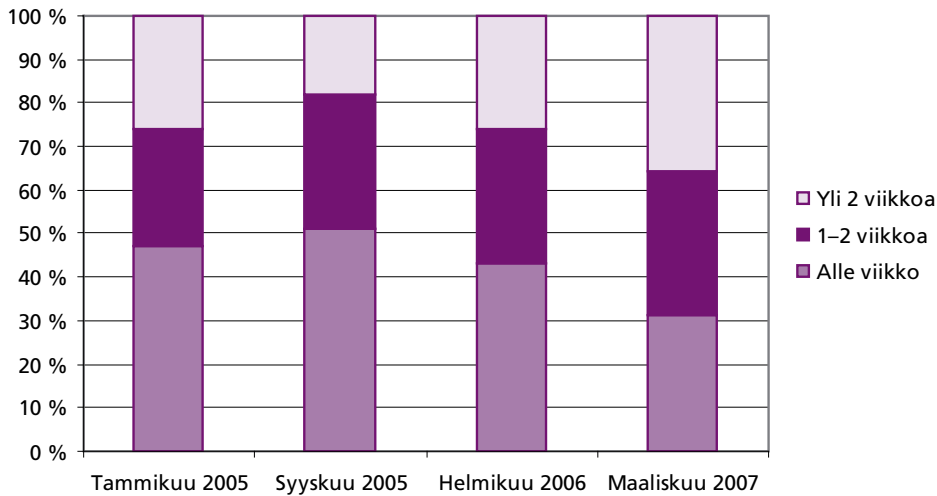
Tammikuussa 2005 kolmasosa terveyskeskuksista arvioi, että hoidon tarpeen arvioimisessa kolmen päivän sisällä olisi ainakin ajoittain ongelmia. Syyskuussa tämä osuus oli pienentynyt alle kymmenesosaan vastanneista terveyskeskuksista. Alkuvuosina 2006 ja 2007 ajoittaisia ongelmia oli enää 5–6 %:lla terveyskeskuksista (3 %:lla väestöstä). Jatkuvia ongelmia ei ilmoitettu lainkaan.

Virka-aikana terveyskeskusten puhelinpalvelu on koko maassa järjestetty lähes yksinomaan omana toimintana. Ensimmäisen hoitotakuuvuoden aikana näytti siltä, että ulkoistettu call-center-toiminta alkaa lisääntyä. Viimeisimmän kyselyn perusteella näyttää kuitenkin siltä, että call-center-toiminnan aloittaneetkin ovat siitä luopumassa. Virka-ajan ulkopuolisessa toiminnassa omien päivystysyksiköiden asema puhelinpalveluiden järjestämisessä on myös vahvistunut. Maaliskuussa 2007 pelkästään omassa yksikössään puhelinpalvelun järjesti lähes kolmasosa terveyskeskuksista, vuotta aikaisemmin vajaa neljännes. Pelkästään keskitetyn päivystysyksikön palvelut olivat käytössä noin puolessa terveyskeskuksista. Ulkoistettua call-center-palvelua käytti noin kymmenesosa terveyskeskuksista. Tämä osuus on kahden vuoden aikana hieman kasvanut. Lisäksi oli käytössä erilaisia sekajärjestelmiä; osa virka-ajan ulkopuolisesta puhelinpalvelusta hoidettiin omassa yksikössä ja osa ajasta keskitetyssä päivystysyksikössä.

Lääkärin vastaanotolle pääsy näyttää syksystä 2005 maaliskuuhun 2007 heikentyneen. Tarkasteltaessa vain niitä 170 terveyskeskusta, jotka ovat vastanneet jokaiseen hoidon saatavuutta koskeneeseen kyselyyn, selviää että maaliskuussa 2007 seuraavaa ei-kiireellistä vastaanottoaikaa joutui odottamaan 61 terveyskeskuksessa (36 %) yli 2 viikkoa (kuvio 1). Syyskuussa 2005 vastaava terveyskeskusten lukumäärä oli vain 30 (18 %) ja ennen hoitotakuulainsäädännön voimaantumista 44. Alle viikon keskimääräisellä odotusajalla selvittiin maaliskuussa 2007 yli 50 terveyskeskuksessa, syyskuussa 2005 lähes 90 terveyskeskuksessa. Suhteet olivat hyvin samankaltaiset vaikka tarkasteltaisiin kaikkia kyselyihin vastanneita terveyskeskuksia.

Lähes joka kolmas suomalainen asuu sellaisen terveyskeskuksen alueella, jossa lääkärin vastaanotolle pääsy venyi keskimäärin yli kahteen viikkoon. Helmikuussa 2006 yli kaksi viikkoa olisi joutunut odottamaan vajaa viidennes suomalaisista. Monet terveyskeskukset ilmoittivat, että tilanne vaihteli kuntayhtymän eri kunnissa tai suurten kuntien eri terveysasemilla.

Maaliskuussa 2007 terveyskeskuksia pyydettiin ilmoittamaan, kuinka usein tulee sellainen tilanne, että potilaalla on todettu hoidon tarve, mutta vastaanottoaikaa lääkärille ei voida antaa. Vastaukset olivat melko huolestuttavia; yli neljäsosa suomalaisista asuu sellaisen terveyskeskuksen



KUVIO 1. Keskimääräinen ei-kiireellinen lääkärin vastaanotolle pääsyn odotusaika*

* Vastausten osuus niistä terveyskeskuksista, jotka ovat vastanneet kaikkiin kyselyihin (N = 170) (kyselyn 4-luokkainen luokitus muutettu 3-luokkaiseksi).

alueella, jossa ollaan päivittäin tässä tilanteessa. Viikoittain samanlainen ongelma on terveyskeskuksissa, joiden alueella asuu 33 prosenttia väestöstä (49 terveyskeskusta 198 vastanneesta).

Hoidon saatavuus -kyselyissä on selvitetty, miten terveyskeskukset noudattavat lain mukaista tiedotusvelvoitettaan. Tulosten mukaan näyttää siltä, että terveyskeskukset ovat osittain puutteellisesti reagoineet velvoitteeseensa julkaista hoitoon pääsyn odotusaikoja. Maaliskuussa 2007 terveyskeskusten johtavien lääkäreiden ilmoitusten mukaan lähes kaksi kolmasosaa terveyskeskuksista ei tiedottanut hoitoon pääsystä lainkaan. Vain vajaa viidennes tiedotti hoitoon pääsyn odotusajoista puolivuositain tai useammin. Väestömääriltään nämä terveyskeskukset kattoivat kuitenkin noin 40 % maan väestöstä. Tiedotusvelvollisuutensa hyvin hoitaneet terveyskeskukset olivat siis väestöpohjaltaan pääosin isoja terveyskeskuksia.

Suun terveydenhuolto

Aineisto ja tiedonkeruu

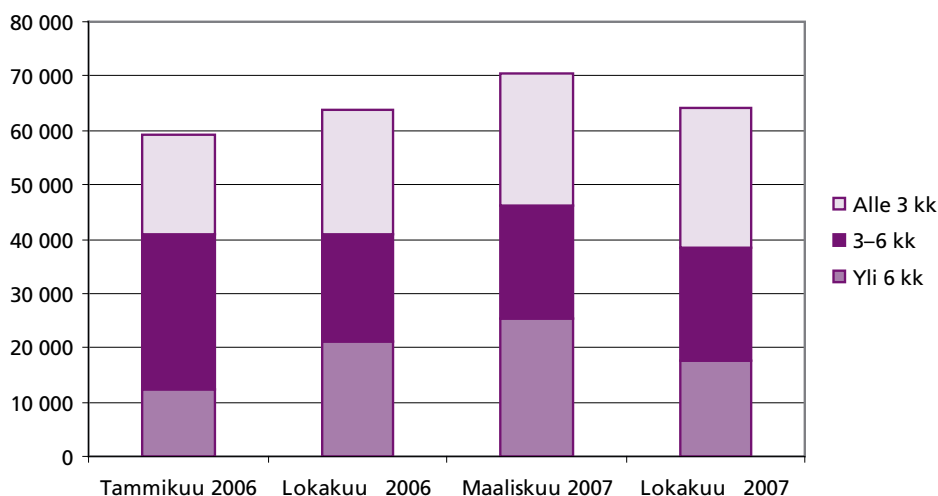
Tammikuun 2005 jälkeen suun terveydenhuollon hoidon saatavuudesta on tehty kyselyt viisi kertaa: elokuussa 2005, tammikuussa 2006, lokakuussa 2006, maaliskuussa 2007 ja lokakuussa 2007. Terveyskeskusten lukumäärän suhteessa lasketut vastausprosentit ovat nousseet seurannan aikana 78 prosentista 90 prosenttiin ja väestömäärien suhteessa 91 prosentista 98 prosenttiin. Kaikkiin viiteen kyselyyn on vastannut vajaa 150 terveyskeskusta (mukana ei ole terveyskeskuksia, jotka ovat muuttuneet merkittävästi rakenteellisesti esim. yhdistämisten johdosta).

Tulokset

Välitön yhteydenpääsy terveyskeskuksiin on suun terveydenhuollon osalta onnistunut hyvin kaikkien kyselyiden vastausten perusteella noin 90 %:ssa terveyskeskuksista. Hoidon tarpeen arviointi kolmessa päivässä on onnistunut lähes yhtä hyvin. Tältä osin tilanne on viimeisen vuoden aikana parantunut. Terveyskeskuksista, jotka ovat vastanneet kaikkiin kyselyihin, ilmoitti elokuussa 2005 ajoittaisia tai jatkuvia ongelmia 17 %, lokakuussa 2006 14 %, maaliskuussa 2007 16 % ja lokakuussa 2007 enää 7 %.

Tammikuussa 2006 neljä viidestä terveyskeskuksesta ilmoitti, että hoitoon pääsy suun terveydenhuollossa toteutuu hoidon tarpeen perusteella kuuden kuukauden sisällä. Maaliskuussa 2007 näiden terveyskeskusten osuus oli laskenut noin 70 prosenttiin. Lokakuussa 2007 tilanne oli lievästi parantunut. Jatkuvasti ongelmaisten terveyskeskusten osuus on pysynyt 10–14 %:ssa (niiden terveyskeskusten osalta, jotka ovat vastanneet kaikkiin kyselyihin).

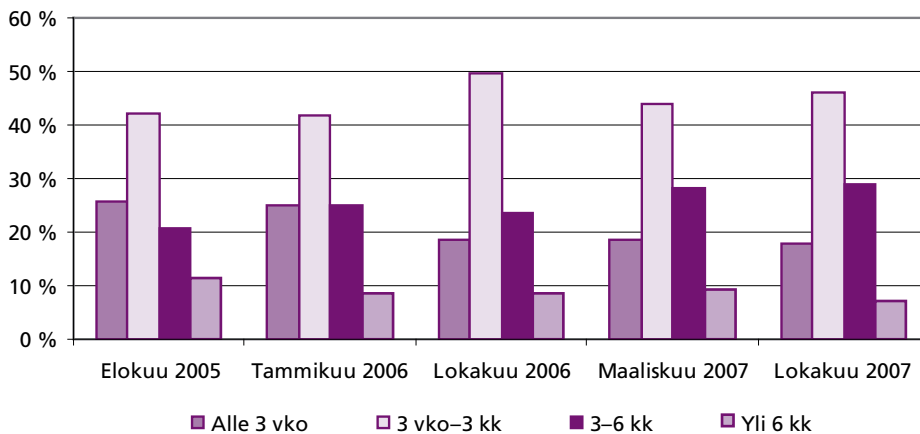
Tammikuussa 2006 terveyskeskukset ilmoittivat, että yli kuusi kuukautta jonottaneita oli suun terveydenhuollossa yli 12 000. Syksyllä jonottajia oli jo huomattavasti enemmän ja maaliskuussa 2007 jo yli 25 000. Lokakuussa yli kuusi kuukautta jonottaneiden määrä putosi vajaaseen 18 000:een (kuvio 2).



KUVIO 2. Terveyskeskusten ilmoittamat suun terveydenhuollon jonoissa olevat potilasmäärät 2006 ja 2007

Pitkät jonot ovat lyhentyneet erityisesti eräiden suurten kaupunkien terveyskeskuksissa. Lokakuussa 2006 ja 2007 yhtä suuri määrä terveyskeskuksia (48) ilmoitti, että heillä oli jonossa yli kuusi kuukautta jonottaneita. Jonottavien lukumääriin tulee kuitenkin suhtautua varauksellisesti, koska jonoon asettamisperusteet voivat vaihdella terveyskeskuksittain. Kaikissa terveyskeskuksissa tietojärjestelmät eivät ole siinä kunnossa, että tarkkoja jonottavien lukumääriä pystyttäisiin selvittämään. Kaikista vastaajista neljäsosa ilmoitti, että tieto on arvio. Hammashuollon tietojärjestelmistä tiedon ilmoitti saaneensa yli puolet terveyskeskuksista.

Kaikissa kyselyissä suun terveydenhuollon vastaavia viranhaltijoita on pyydetty ilmoittamaan, mikä on terveyskeskuksessa keskimääräinen vastaanotolle pääsyaika ei-kiireellisissä asioissa. Arviointi on pyydetty tekemään kuusiarvoisella luokituksella. Eri kyselyiden vertailtavuuden parantamiseksi seuraavassa tarkastellaan vain niitä terveyskeskuksia, jotka ovat vastanneet kaikkiin kyselyihin. Vain muutamassa terveyskeskuksessa hammaslääkärin vastaanotolle pääsee alle viikossa; tammikuusta 2005 lokakuuhun 2007 osuus on laskenut 6 %:sta 2 %:iin. Lokakuussa 2006 vastaanotolle pääsi 1–3 viikossa 16 %:ssa terveyskeskuksista. Alle kolmessa kuukaudessa vastaanotolle päässeiden osuus on hieman laskenut elokuun 2005 jälkeen (kuvio 3). Pitkään eli yli kuusi kuukautta odottavien osuus on myös vastaanotolle pääsymittarin mukaan hieman pienentynyt. Suhteellisen pitkään eli 3–6 kuukautta hammaslääkärin vastaanotolle pääsyä odottamaan joutuvien osuus on kuitenkin noussut.

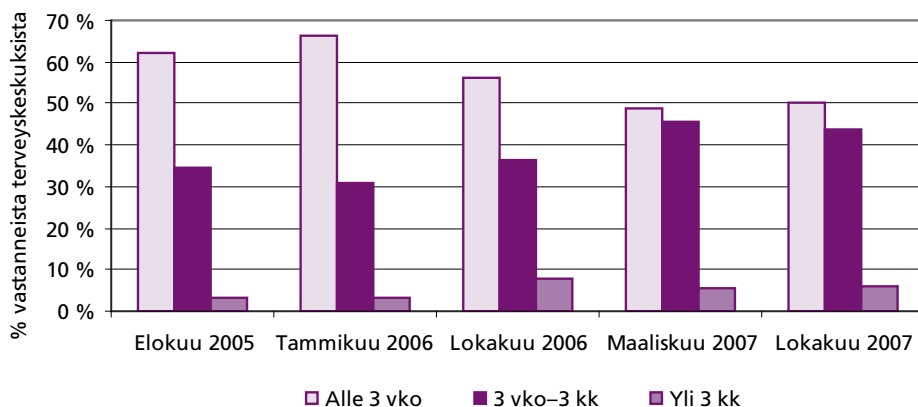


KUVIO 3. Keskimääräinen ei-kiireellinen hammaslääkärin vastaanotolle pääsyn odotusaika*

* Vastausten osuus niistä terveyskeskuksista, jotka ovat vastanneet kaikkiin kyselyihin (N = 147).

Väestöosuuksilla mitattuna korostuu myös 3–6 kuukauden odotusajan osuus. Lokakuussa 2006 kaikkien kyselyyn vastanneiden terveyskeskusten väestöstä yli 40 % asui alueilla, joilla odotusaika hammaslääkärin vastaanotolle oli 3–6 kuukautta.

Myös suuhygienistien osalta niiden terveyskeskusten osuus, joissa vastaanotolle pääsee nopeasti, on vähentynyt (kuvio 4). Ennen hoitotakuun voimaan astumista ja sen ensimmäisenä vuotena alle viikossa suuhygienistin vastaanotolle pääsi noin viidesosassa terveyskeskuksia, lokakuussa 2006 osuus laski jo lähelle kymmenettä osaa. Lokakuussa 2007 tilanne on kääntynyt taas parempaan suuntaan. Alle kolmessa viikossa suuhygienistin vastaanotolle pääsi lokakuussa 2006 yli puolessa terveyskeskuksista. Tällöin yli 3 kuukauden odotusaikojen terveyskeskusten osuus oli suurimmillaan (lähes 8 % niistä terveyskeskuksista, jotka ovat vastanneet kaikkiin kyselyihin).



KUVIO 4. Keskimääräinen ei-kiireellinen suuhygienistin vastaanotolle pääsaika*

* Vastausten osuus niistä terveyskeskuksista, jotka ovat vastanneet kaikkiin kyselyihin ja joilla on suuhygienistin virka (N = 127–132).

Hoitotakuun toteutumista suun terveydenhuollossa on erityisesti haitannut henkilöstöpula. Lähes 60 % terveyskeskuksesta on ilmoittanut, että hammaslääkäripula haittaa toimintaa. Lokakuussa 2007 tilanne pysyi lähes samana kuin kahdessa edellisessä kyselyssä. Hammaslääkäreiden määrä näyttää terveyskeskuksissa kuitenkin olleen hieman pienempi kuin lokakuussa 2006, kun vertailussa ovat samat terveyskeskukset. Suuhygienistien määrä terveyskeskuksissa on lisää-

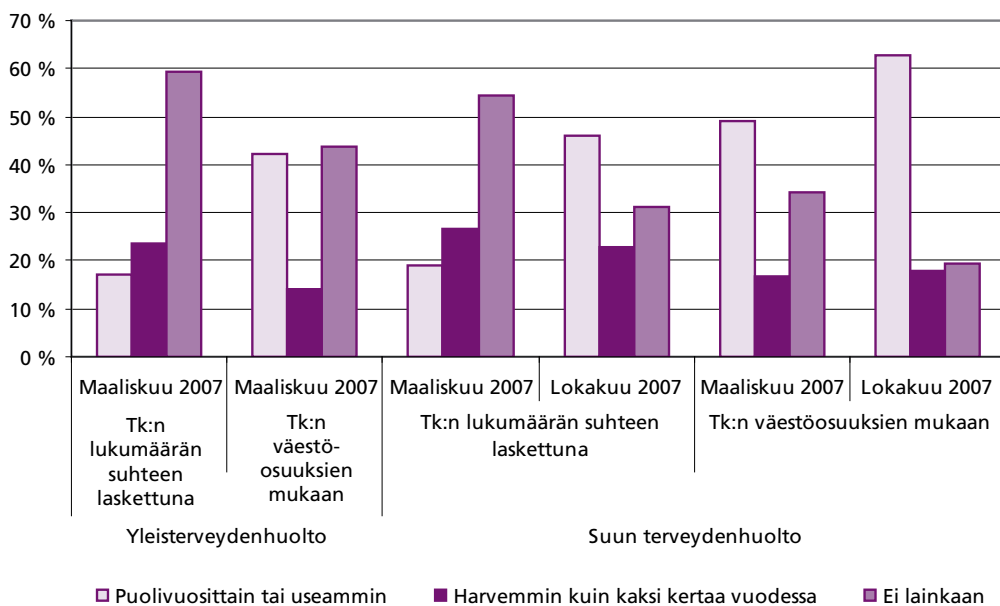
tynyt hoitotakuun aikana selvästi, vajaa neljäsosa terveyskeskuksista ilmoitti kuitenkin myös suuhygienistien pulan haittaavaan hoitotakuun toteuttamista. Hammashoitajien pula haittaa terveyskeskuksia vähiten (14 % lokakuussa 2007), myös heidän määränsä on terveyskeskuksissa kasvanut. Henkilöstöpula on hankalin suurissa terveyskeskuksissa. Väestöosuuksilla laskettuna vain vajaa neljäsosa väestöstä asuu sellaisten terveyskeskusten alueella, joilla minkään henkilöstöryhmän pula ei haittaa hoitotakuun toteuttamista. Terveyskeskusten lukumäärillä laskettuna henkilöstöpula ei haitannut noin 40 %:ssa terveyskeskuksia.

Suun terveydenhuollon vastuuhenkilöiden optimismi tilanteen paranemiseen ei ole merkittävästi muuttunut vuodesta 2006 vuoteen 2007. Kaikista vastanneista noin neljäsosa uskoi tilanteen huononevan kysymysvuoden loppupuolella.

Puhelinpalvelu on virka-aikana järjestetty hammashuollossa lähes kokonaan terveyskeskusten omana toimintana. Samoin tehdään päivystyspalvelujen (särkyvastaanoton) osalta. Sen sijaan arkisin virka-ajan ulkopuolella varsinaista suun terveydenhuollon päivystystä ei ole järjestetty usein lainkaan tai se on käytännössä muun terveydenhuollon vastuulla (n. 80 % terveyskeskuksista). Oman päivystyksen ja keskitetyn seudullisen päivystysjärjestelyjen osuus on viimeisen kyselyn perusteella ehkä hieman nousussa ja yksityis palvelujen osuus laskemassa (lokakuussa 2007 kaikkien osuus noin 6 %).

Lauantain osalta terveyskeskusten yhteispäivystys on sen sijaan selvästi suosituin päivystysjärjestelyn muoto (noin puolet kaikista terveyskeskuksista, väestöosuuksina runsas 40 % väestöstä). Yli kymmenesosassa terveyskeskuksista (neljäsosalle väestöstä) päivystys hoidetaan lauantaisin omana toimintana ja neljäsosassa sitä ei ole lainkaan (noin kymmenesosa väestöstä). Sunnuntaisin on yleisintä, että päivystystä ei ole järjestetty lainkaan (lähes puolet terveyskeskuksista, kolmasosa väestöstä näiden alueella). Yhteispäivystysten osuus on lisääntynyt.

Suun terveydenhuollon lokakuun 2007 kyselyn mukaan terveyskeskukset näyttävät parantaneen vuoden 2007 aikana tiedotustaan. Terveyskeskusten lukumäärillä laskettaessa jo puolet terveyskeskuksista ilmoitti suun terveydenhuollon hoitoon pääsyn odotusajoista verkkosivuillaan tai lehdistötiedotteilla joko puolivuositain tai useammin. Väestöosuuksilla laskettuna jo lähes kaksi kolmasosaa koko maan väestöstä sai tiedot terveyskeskuksensa hoitoon pääsyajoista (kuvio 5).



KUVIO 5. Hoitoon pääsyn tietojen julkaiseminen terveyskeskusten verkkosivuilla tai lehdistötiedotteilla – terveyskeskusten vastaukset hoitotakuukyselyihin vuonna 2007

Lähteet

- Laki erikoissairaanhoidon lain muuttamisesta. Uusi 31 a §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040856> [27.10.2008].
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta/ uusi 15 b §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040855> [27.10.2008].

Lisätietoja

- Erikoissairaanhoidon laki 1.12.1989/1062. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062> [27.10.2008].
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Kunnan kansanterveysyö 14 §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066> [27.10.2008].

Kiireettömään hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa

PIRJO HÄKKINEN

Hoidon saatavuuden laatuksiterit erikoissairaanhoidossa

Kansanterveyslakia ja erikoissairaanhoitolakia muutettiin 1.3.2005 alkaen siten, että niissä säädetään, missä ajassa potilaan on viimeistään päästävä kiireettömään hoitoon terveyskeskukseen ja sairaalaan. Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden laatuksiterit perustuvat erikoissairaanhoitolain muutokseen (Laki erikoissairaanhoitolain 2004).

Erikoissairaanhoitolain (31 §) mukaan

- kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hänen sairautensa edellyttämä hoito välittömästi
- hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun sen toimintayksikköön
- hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu
- lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä hoidon tarpeen kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut seikat muuta edellytä
- terveydenhuollon toimintayksikön tulee julkaista tiedot odotusajoista.

Näiden laatuksiterien pohjalta on laadittu yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuutta kuvaavat indikaattorit.

Valvontaviranomaisten toimenpiteet erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn valvonnassa

Erikoissairaanhoitolain mukaan erikoissairaanhoidon valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle, lääninhallituksille ja terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle (TEO). Valvontaviranomaisten suunnitelma hoitoon pääsyn valvonnan periaatteista ja toimenpiteistä vahvistettiin elokuussa 2007. Sen mukaan erikoissairaanhoidossa valvotaan seuraavien asioiden toteutumista:

1. Kiireellisen hoidon antaminen välittömästi
2. Yhtenäisten perusteiden käyttö hoidontarpeen arvioimisessa
3. Hoidontarpeen arvioinnin aloittaminen kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta
4. Hoidon järjestäminen kuuden kuukauden kuluessa hoidontarpeen arvioinnista
5. Hoidon saatavuutta koskevien odotusaikojen julkaiseminen erityisaloittain

Valvontaviranomaiset ovat sopineet erikoissairaanhoidon valvonnan lähtökohdista siten, että ensin puututaan niiden sairaanhoitopiirien toimintaan, joissa käytettävissä olevan tiedon pohjalta on 15 tai enemmän yli kuusi kuukautta hoitoa jonottanutta 10 000 asukasta kohden eikä lukumäärien trendissä ole eri kyselyjen välillä tapahtunut selvää parantumista. Valvontatoimenpiteitä kiristetään jatkossa, niin että tilanne saadaan lainmukaiseksi kaikissa sairaanhoitopiireissä.

Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden laatuksiterien toteutumista kuvataan seuraavassa vuonna 2007 kerättyjen tietojen avulla. Tiedot päivittyvät kolmesti vuodessa. Uusimmat

tiedot löytyvät <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/hoidonsaatavuus/index.htm>. Erikoissairaanhoidon hoitopääsytietojen raportoinnista on olemassa myös Powerplay-kuutiot. Raportointia ollaan kehittämässä osaksi tietovaraston raportointijärjestelmää.

Selvitys

Aineisto ja tiedonkeruu

Lainsäädännön toteutumista seurataan Stakesin kolme kertaa vuodessa sairaanhoitopiireille ja erikoislääkärijohtoisille terveyskeskussairaaloille lähettämällä standardoiduilla Excel-pohjaisilla tiedonkeruulomakkeilla. Aineisto sisältää ainoastaan hoitotakuun piiriin kuuluvat potilaat eli sairaalan resursseista johtuvan odotuksen. Kiireelliset potilaat ja päivystykset jätetään keruuaineiston ulkopuolelle. Kiireellisiksi potilaiksi määritellään potilaat, jotka tulee hoitaa 1–30 päivän kuluessa.

Tiedot kerätään erikoisaloittain tietyn ajankohdan poikkileikkaustietona leikkausta, toimenpidettä tai hoitoa odottavien lukumääristä ja odotusajoista (1–90 vrk; 91–180 vrk; yli 180 vrk; keskimääräinen odotusaika = mediaani). Samat tiedot kerätään myös ensimmäiselle vastaanottokäynnille odottavista. Käynti on joko lääkärin vastaanotolle tai muun terveydenhuollon ammattilaisen luo. Tutkimuskäynnit on psykiatrian erikoisaloja lukuun ottamatta rajattu ulkopuolelle. Odotusaikoja verrataan toteutuneiden hoitojen odotusaikoihin. Tällöin kerätään tiedot kumulatiivisena vuodenvaihteesta poikkileikkaukseen. Saapuneista läheteistä ja niiden käsittelyajasta (yli 21 vrk) kerätään kumulatiiviset tiedot. Päivystyslähetteet on rajattu tiedonkeruun ulkopuolelle.

Kansallisesti vertailukelpoisten indikaattoreiden luominen on edellyttänyt hoidon saatavuutta kuvaavien käsitteisältöjen ja kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistamista eri sairaaloissa. Myös järjestelmämuutoksia on jouduttu tekemään. Tämä työ on ollut aikaa vievä ja se jatkuu edelleen. Käsitteisällöt on määritelty kyselylomakkeen yhteydessä sekä erikoissairaanhoidon saatavuuden seurannan manuaalissa.

Nykyistä tiedonkeruumenetelmää on käytetty erikoissairaanhoidon hoitotakuun seurannassa kahdesti 31.10.2007 ja 31.12.2007. Aiemmin pilotoitiin hoitokokonaisuuden pohjalle rakennettua seurantamallia. Siihen sisältyi kuitenkin runsaasti epävarmuustekijöitä ja tuloksia vääristäviä tietoja, joten mallista luovuttiin ja päädyttiin nykyiseen tiedonkeruumalliin.

Tiedot on raportoitu Stakesissa sähköisesti raportointikuutioilla. Lisäksi Stakesin nettisivuilta löytyy erikoissairaanhoidon hoitotakuun yhteenvetoraportteja. Sairaaloiden nettisivuilta löytyy sairaalan omia hoitopääsyraportteja. Stakesin, sairaanhoitopiirien ja valvontaviranomaisten yhteistyönä pyritään standardoimaan myös hoidon saatavuuden nettisivustoja sairaaloissa.

Seuraavat erikoissairaanhoidon hoitopääsyn odotusaikojen tiedonkeruut tehdään 30.4.2008 ja 31.8.2008. Elokuun tiedot julkistetaan lokakuussa.

Tulokset

Erikoissairaanhoidon jonotilanne ei ole vielä hallinnassa, vaikka hoitopääsyä koskeva lainsäädäntö on ollut jo kolme vuotta voimassa. Sairanhoitopiireissä oli vuoden 2007 lopussa 9 707 henkilöä, jotka olivat jonottaneet hoitopääsyä yli puoli vuotta (taulukko 1). Määrä on 13 % kaikista kiireetöntä hoitoa odottavista. Lokakuun lopun tilanteeseen verrattuna yli puoli vuotta hoitoa odottaneiden määrä oli kasvanut yli 500:lla. Yli puoli vuotta jonossa olevista 35 % (noin 3 400) odottaa hoitoa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloihin, 17 % (noin

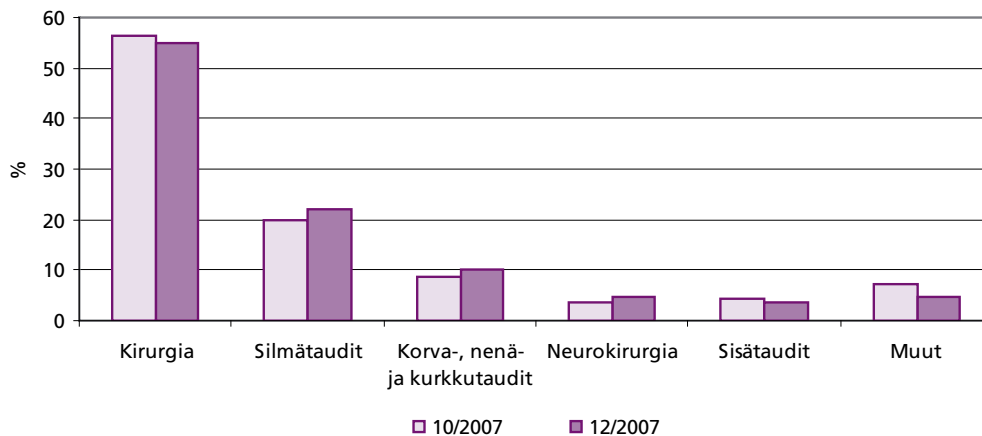
1 700) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaaloihin ja 9 % (noin 870) Pohjois-Pohjanmaan ja 9 % (noin 860) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien sairaaloihin.

Väestömäärään suhteutettuna vaikein tilanne oli Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä, jossa kii-reetöntä hoitoon pääsyä oli odottanut vuoden 2007 lopussa 10 000 asukasta kohden 35 henkilöä, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä 33 henkilöä ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 23 henkilöä (taulukko 1). Verrattuna lokakuun lopun 2007 tilanteeseen hoitojonot olivat kasvaneet kaikissa näissä sairaanhoitopiireissä.

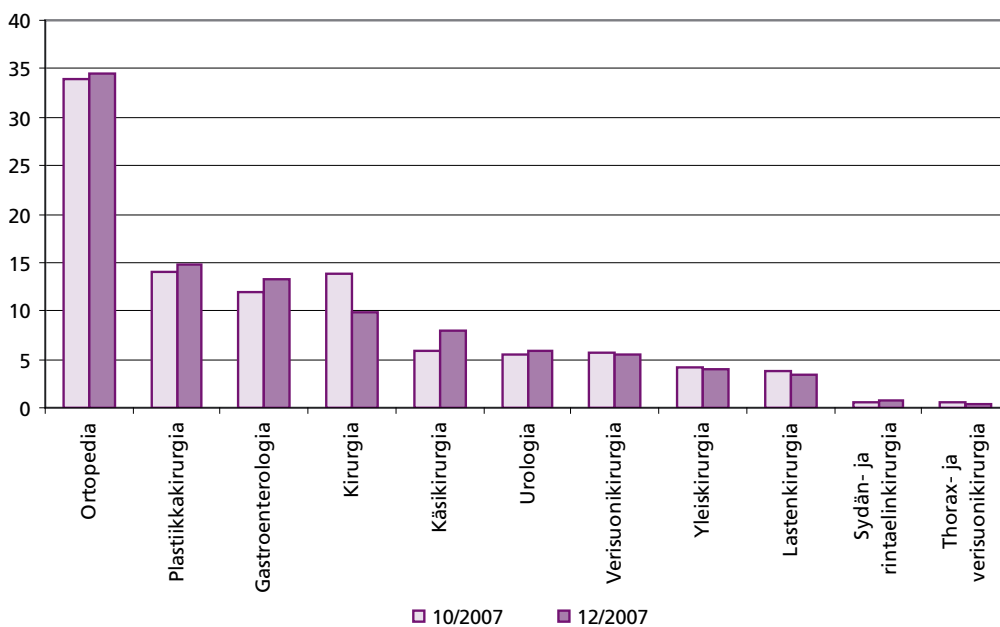
Erikoisaloittain tarkasteltuna kaikista yli puoli vuotta hoitoa odottaneista 55 % odotti hoi-toon pääsyä kirurgian erikoisalalle, 22 % silmätautien ja 10 % korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalalle (kuvio 1). Suurimmat jonot kirurgian erikoisalalla kohdistuivat ortopediaan (35 %), plastiikkakirurgiaan (15 %) ja gastroenterologiaan (13 %) (kuvio 2). Silmätautien jonot kohdis-tuivat pääasiassa kaihileikkauksiin ja korva-, nenä- ja kurkkutautien jonoista 67 % kohdistui kuulon kuntoutukseen kuulokojeella.

TAULUKKO 1. Leikkausta, toimenpidettä tai hoitoa odottavien määrä ja odotusajat 31.12.2007

Sairaanhoitopiirit	Hoitoa odottaneet yhteensä	joista yli 180 vrk odottaneet	joista yli 180 vrk odottaneet	yli 180 vrk odottaneet/ 10 000 as	joista yli 180 vrk odottaneet (10/2007)	joista yli 180 vrk odottaneet (muutos 10/2007–12/2007)
	lkm	lkm	%	lkm	lkm	lkm
Pirkanmaan shp	7 581	1 684	22,2	35,8	1 344	+340
Kanta-Hämeen shp	2 587	562	21,7	33,1	536	+26
Helsingin ja Uuden- maan shp	22 341	3 377	15,1	23,1	2 661	+716
Itä-Savon shp	928	141	15,2	22,8	126	+15
Pohjois-Pohjanmaan shp	6 568	873	13,3	22,7	797	+76
Kainuun shp	846	153	18,1	19,0	130	+23
Varsinais-Suomen shp	8 795	860	9,8	18,6	1 117	-257
Pohjois-Savon shp	3 223	445	13,8	17,8	481	-36
Länsi-Pohjan shp	1 085	110	10,1	16,6	74	+36
Keski-Suomen shp	3 001	443	14,8	16,4	366	+77
Vaasan shp	2 043	237	11,6	14,2	442	-205
Päijät-Hämeen shp	2 220	289	13,0	13,7	311	-22
Keski-Pohjanmaan shp	1 368	80	5,8	10,3	58	+22
Lapin shp	1 580	106	6,7	8,9	156	-50
Pohjois-Karjalan shp	2 618	75	2,9	4,4	100	-25
Etelä-Karjalan shp	1 244	46	3,7	3,6	29	+17
Etelä-Pohjanmaan shp	2 737	68	2,5	3,5	93	-25
Etelä-Savon shp	1 102	34	3,1	3,3	41	-7
Kymenlaakson shp	2 218	58	2,6	3,2	38	20
Satakunnan shp	1 564	66	4,2	2,9	272	-206
Sairaanhoitopiirit yhteensä	75 649	9 707	12,8	18,5	9 172	+535



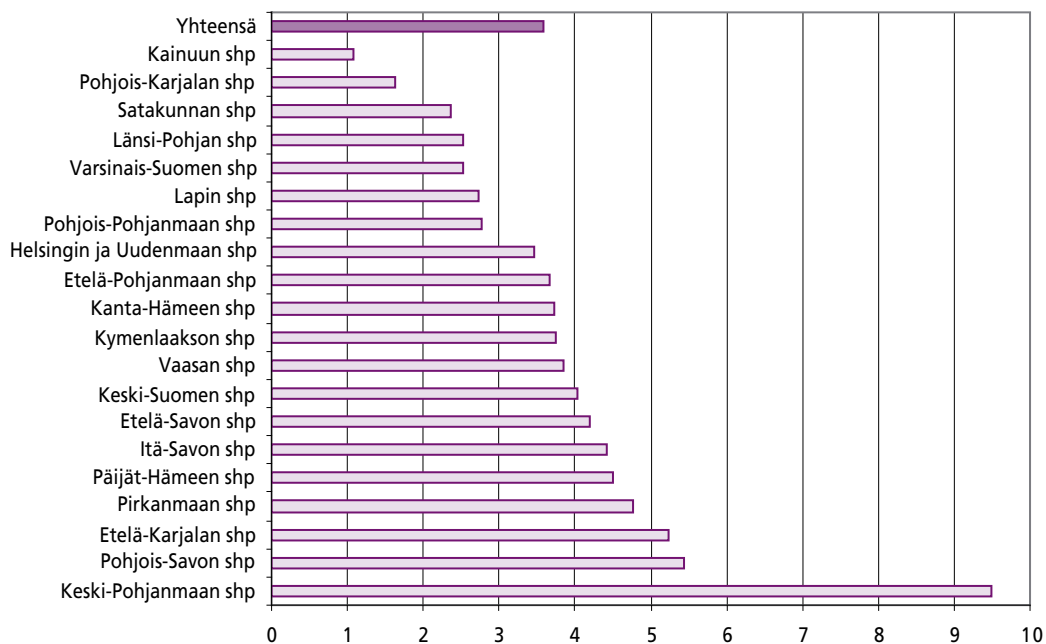
KUVIO 1. Yli 6 kk hoitoa/leikkausta odottaneiden osuudet erikoisaloittain sairaanhoitopiirin sairaaloissa 31.10.2007 ja 31.12.2007



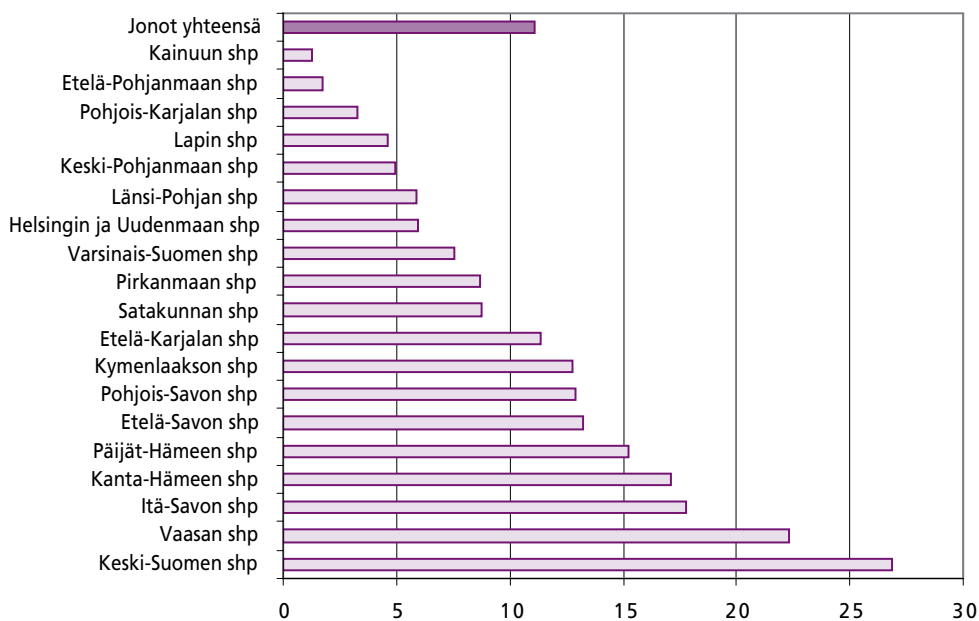
KUVIO 2. Yli 6 kk hoitoa/leikkausta odottaneiden osuudet kirurgian erikoisalalla sairaanhoitopiirin sairaaloissa 31.10.2007 ja 31.12.2007

Läheteistä vajaaseen neljään prosenttiin oli otettu kantaa vasta kolmen viikon kuluttua siitä, kun lähete oli saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan (kuvio 3). Erikoisaloittain tarkasteltuna näiden läheteiden osuudet kyseisen erikoisalan saapuneista läheteistä oli suurin lastenpsykiatriassa (15 %) ja neurokirurgiassa (11 %).

Ensimmäiselle vastaanottokäynnille joutui 11 prosenttia odottamaan käyntiä yli puoli vuotta. Erot sairaanhoitopiirien välillä ovat merkittäviä (kuvio 4). Keski-Suomen ja Vaasan sairaanhoitopiirien toimittamat luvut näiltä osin ovat virheelliset.



KUVIO 3. Yli 21 vrk:n kuluttua toteutuneet läheteiden käsittelyt kaikista saapuneista läheteistä (ei päivystyslähetteet) vuonna 2007 (%)



Kuvio 4. Yli 6 kk ensimmäiselle vastaanottokäynnille odottaneiden osuudet kaikista ensimmäiselle käynnille jonottaneista 31.12.2007

Tietoja on kerätty myös toteutuneiden hoito-, leikkaus- ja toimenpiteiden odotusajoista 1.1.–31.12.2007. Tuona aikana toteutuneiden hoitotoimintojen osalta 12 prosenttia potilaista oli odottanut hoitoa yli kuusi kuukautta. Myös nämä erot sairaanhoitopiireittäin olivat merkittäviä.

Pohdintaa

Kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat säädökset ovat olleet voimassa jo yli kolme vuotta. Siitä huolimatta puolessa sairaanhoitopiirejä on valvontaviranomaisten asettamien kriteereiden mukaan huono tilanne (yli 35 odottajaa 10 000 asukasta kohden). Näistä sairaanhoitopiireistä ainoastaan Varsinais-Suomessa ja Pohjois-Savossa hoitoa odottavien määrät ovat vähentyneet loka-joulukuun 2007 välillä. Muissa sairaanhoitopiireissä trendi on ollut nouseva, mitä voidaan pitää huolestuttavana. Syksyn tilanteeseen oli osittain vaikuttanut TEHYn lakkouhka, henkilökuntapula tietyillä erikoisaloilla jne. Moninaisia selityksiä löytyy hoitojonojen kasvulle.

Valvontatoimenpiteitä tullaan vastaisuudessa kiristämään niin, että tilanne saadaan lainmukaiseksi kaikissa sairaanhoitopiireissä. Valvontaviranomaiset ovat pyytäneet sairaanhoitopiireiltä selvityksiä hoidon saatavuuden osalta ja mihin toimenpiteisiin on ryhdytty, että tilanne saadaan lainmukaiseksi. Myös uhkasakkoja on annettu muutamille sairaanhoitopiireille.

Huolestuttavaa on, että läheteiden käsittely kestää yli kolme viikkoa jopa 4 prosentissa saapuneista läheteistä. Laki edellyttää, että hoidon tarpeen arviointi aloitetaan kolmen viikon sisällä siitä, kun lähete saapuu sairaanhoitopiiriin sairaalaan. Huolestuttavaa tämä on erityisesti lastenpsykiatriassa ja neurokirurgiassa, joissa läheteiden käsittelyn viivästyminen on ollut muita erikoisaloja huomattavasti korkeampi. Lastenpsykiatriassa useimmat hoidot vaativat kiireellisen hoidon eli hoito pitäisi käynnistää alle kuukaudessa. Tämän tarkastelun ulkopuolelle on jätetty kiireelliset hoidot. Pääsevätkö lastenpsykiatriset potilaat oikeasti alle kuukaudessa hoitoon on kysymys, joka herää tässä tilanteessa. Huolestuttavaa on, että myös ensimmäiselle vastaanotto-käynnille joutuvat kansalaiset odottamaan yli puoli vuotta, kaikista odottaneista 11 %.

Hoidon saatavuuden seurannassa tarvitaan hoitojonotietojen ohella tietoja toteutuneista hoidoista/toimenpiteistä ikä- ja sukupuolivakioituna. Tällöin saataisiin tarkka kuva siitä, miten oikeudenmukaisesti palvelujen saanti toteutuu eri puolella Suomea. Tiedonkeruuta on tarkoitus laajentaa siten, että kootaan tietoja keskeisistä toimenpiteistä erikoisaloittain. Myöhemmin on tarkoitus siirtyä hoidon saatavuuden seurannassa kolme kertaa vuodessa toteutettavaan henkilötason seurantatietoihin, osana HILMO -tiedonkeruujärjestelmää. Tällöin aineistoon saadaan mukaan myös mm. diagnoosi- ja toimenpidetiedot, ikä-, sukupuoli- ja kotikuntatiedot. Tämä antaa uudenlaisia mahdollisuuksia analysoida ja arvioida hoitoon pääsyä.

Lähteet

Erikoissairaanhoitopalvelujen saatavuus. Hoitoon pääsyn seuranta. Stakes. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/index.htm>.

Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta. Uusi 31 a §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040856> [27.10.2008].

Mielenterveyspalvelujen saatavuus

BRITTA SOHLMAN JA TIMO TUORI

Mielenterveyspalvelujen saatavuutta koskeva lainsäädäntö

Stakesissa toteutetaan erikoissairaanhoidon saatavuuden seurantaa, jonka osana on myös psykiatria. Psykiatrian tietoja kerätään erikseen aikuispsykiatriasta, geriatrisesta psykiatriasta, oikeuspsykiatriasta sekä lasten- ja nuorisopsykiatriasta. Muusta hoitotakuun lainsäädännöstä poiketen lasten- ja nuorten erikoissairaanhoidotasoisissa mielenterveyspalveluissa ovat hoitolähteen arvioinnin ja hoidon järjestämisen enimmäisajat olleet voimassa jo vuoden 2001 alusta lähtien (Mielenterveysasetuksen muutos 1282/2000). Keväällä 2007 toteutetun erilliskyselyn jälkeen psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitotakuun toteutumista seurataan osana koko erikoissairaanhoidon hoitotakuun toteutumista. Tiedot päivittyvät, ja ne löytyvät samoilta sivuilta kuin muu erikoissairaanhoido.

Hoitotakuulainsäädännöllä turvataan kiirettömään hoitoon pääsy tietyinä enimmäisaikana. Hoitotakuu on kirjattu kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidolakiin, potilaan asemasta ja oikeuksista annettuun lakiin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin (Lait 855–858/2004¹⁸, asetus 1019/2004¹⁹ ja HE 77/2004²⁰ vp). Maaliskuussa 2005 voimaan tullut lainsäädäntö on kuvattu edellisessä luvussa.

Aineisto ja tiedonkeruu

Hoitotakuun toteutumista selvitettiin psykiatristen aikuispalveluiden osalta keväällä 2007, jolloin katsottiin jonotilanne sairaanhoitopiireissä 30.4.2007. Selvitys tehtiin *erilliskyselyn* avulla. (Hoitotakuun toteutuminen 2007.) Kysely toteutettiin neljällä lomakkeella, joilla kartoitettiin sekä sairaanhoitopiirin itsensä tuottamaa psykiatrista erikoissairaanhoidoa sekä sellaista erikoissairaanhoidon toimintaa, joka ei ole sairaanhoitopiirin tuottamaa, kuten erikoissairaanhoidotasoinen avohoito, joka monissa kunnissa on perusterveydenhuollon alaista.

Kyselyllä saatiin suhteellisen kattava kuva aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidon jonotilanteesta. Itä-Savo lukuun ottamatta kaikki sairaanhoitopiirit²¹ vastasivat kyselyyn. Kahdestatoista sairaanhoitopiiristä saatiin kattavat tiedot, kahden sairaanhoitopiirin tiedoissa oli suurempia puutteita ja viiden sairaanhoitopiirin tiedoissa lieviä puutteita. Puutteet koskivat erityisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon järjestämistä terveyskeskuksen alaisena.

Tulokset

Tulosten mukaan hoitotakuu näyttäisi toteutuvan muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta hyvin, eli potilaat pääsevät psykiatriseen hoitoon hoitotakuun edellyttämien aikarajojen sisällä. Jonokriteerit ylittyivät ainoastaan neuropsykiatrian, opioidikorvaushoidon ja syömishäiriöiden erityisryhmissä ja näissäkin usein yksittäisten potilaiden kohdalla lukuun ottamatta HUSin aluetta, jossa yli kuuden kuukauden jonossa oli 408 potilasta. Koko maassa yli kuukauden jonossa oli 461 potilasta. Samassa selvityksessä kuitenkin useat vastanneista psykiatrian ylilääkäreistä olivat huolissaan mahdollisuudesta antaa hyvää ja riittävää hoitoa. Sairaanhoitopiireistä kahdeksan ilmoitti lääkäripulan rajoittavan merkittävästi hoidon toteuttamista sekä kehittämistä.

18 Suomen säädöskokoelma 22.9.2004 N:o 855–865. <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2004/20040129.pdf>.

19 Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>.

20 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta HE 77/2004 <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2004/20040077.pdf>.

21 Raportoinnissa HUS on jaettu kahteen osaan: HUS Helsinki ja HUS ei-Helsinki.

Yli puolet sairaanhoitopiireistä nimesi erityisryhmiä, joiden tilastoiminen erikseen olisi tarpeen hoitotakuun toteutumisen seurannan kannalta. Voimakkaimmin ryhmistä nousivat esille työkyvyn arviointia odottavat potilaat sekä neuropsykiatrista tutkimusta tai hoitoa tarvitsevat potilaat. Muutamat sairaanhoitopiirit toivat vastauksissaan esille päihdehoitoa tarvitsevat potilaat, opioidikorvaushoito- sekä depressiopotilaat. Yksittäisinä mainintoina tulivat esille vanhukset, syömishäiriöpotilaat, psykoterapiapotilaat, skitsofreniapotilaat, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen hoitoon määräämät potilaat sekä nuorisopsykiatriset potilaat, jotka hoidetaan resurssivajeen vuoksi aikuispsykiatrisen puolella.

Hoitotakuun yhtenä ajatuksena on, että koko maassa pitää päästä hoitoon yhtenäisin perustein. Sosiaali- ja terveysministeriö on koonnut asiantuntijoiden esitysten pohjalta suositukset hoitoon pääsystä. Aikuispsykiatriassa on käytössä yhdeksän sairauden osalta kiireettömän hoidon arviointikriteerit. Hoitotakuun toteutumista selvittäessä kysyttiin myös arviointikriteerien käyttöä. Kiireettömän hoidon arviointikriteerit ovat kattavasti käytössä vain kolmessa sairaanhoitopiirissä. Viidessä sairaanhoitopiirissä ne ovat osassa yksiköistä käytössä. Yhdessätoista sairaanhoitopiirissä kriteereitä ei joko käytetä tai niitä ei tunneta.

Kyselyyn vastanneiden mielestä seuranta haluttaisiin laajentaa kattamaan kokonaisten hoitoketjujen toimivuutta, hoidon keston, tiiviyn ja vaikuttavuuden arviointina. Vastauksista ilmeni tarve toiminnan tuottamaa terveyshyötyä kuvaavien mittareiden kehittämiseen.

Jonotilanne korjaantui loppuvuonna 2007 kuitenkin olennaisesti. Yli kuusi kuukautta jonottaneiden määrä oli laskenut 461 potilaasta 34 potilaaseen. Yli puolella sairaanhoitopiireistä ei ollut minkäänlaisia jonoja.

Keväällä 2008 (taulukko 1) jonotilanne eli edelleen. Yli kuusi kuukautta jonottaneiden määrä oli noussut 34 potilaasta 63 potilaaseen. Nousu johtui yksinomaan HUSin jonotilanteen huonontumisesta. Kolmellatoista sairaanhoitopiirillä ei nytkään ollut lainkaan jonoja kiireettömään psykiatriseen erikoissairaanhoidon.

Hoitotakuu näyttää siten toteutuvan aikuispsykiatriassa, mutta kertooko se mitään hoidon toteutumisesta ja sisällöstä? Se ei myöskään kerro mitään kiireelliseen hoitoon pääsystä ja tässä saattaa olla ongelmia. Voidaan myös kysyä: onko hoitotakuu itse asiassa merkinnyt resurssien ja rahan siirtoa ei-operatiivisilta aloilta operatiivisille aloille ja alkuperäisen tarkoituksen vastaisesti huonontanut psykiatrisia palveluita?

TAULUKKO 1. Aikuispsykiatrian jonotilanne 30.4.2008

	Hoitoa odottaneet yhteensä lkm	joista hoitoa odottaneet 1–90 vrk lkm	joista hoitoa odottaneet 91–180 vrk lkm	joista hoitoa odottaneet yli 180 vrk lkm	joista hoitoa odottaneet yli 180 vrk %
Varsinais-Suomen shp	105	104	1	0	0,0
Satakunnan shp	9	6	3	0	0,0
Kanta-Hämeen shp	0	0	0	0	/0
Pirkanmaan shp	44	37	6	1	2,3
Päijät-Hämeen shp	0	0	0	0	/0
Kymenlaakson shp	0	0	0	0	/0
Etelä-Karjalan shp	0	0	0	0	/0
Etelä-Savon shp	4	4	0	0	0,0
Itä-Savon shp	0	0	0	0	/0
Pohjois-Karjalan shp	0	0	0	0	/0
Pohjois-Savon shp	29	27	0	2	6,9
Keski-Suomen shp	12	9	3	0	0,0
Etelä-Pohjanmaan shp	0	0	0	0	/0
Vaasan shp	0	0	0	0	/0
Keski-Pohjanmaan shp	0	0	0	0	/0
Pohjois-Pohjanmaan shp	71	71	0	0	0
Kainuun shp	0	0	0	0	/0
Länsi-Pohjan shp	0	0	0	0	/0
Lapin shp	0	0	0	0	/0
Helsingin ja Uudenmaan shp	342	245	37	60	17,5
Sairaanhoitopiirit yhteensä	616	503	50	63	10,2

Tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet

Psykiatrisessa sairaalahoidossa toteutettavaa tahdosta riippumatonta hoitoa sekä hoidon ja tutkimuksen aikana toteutettavia potilaan perusoikeuksien rajoittamista (pakkotoimia) säädellään lainsäädännöllä (Mielenterveyslaki 1990; Mielenterveislain muutos 2001). Yleisesti ottaen voidaan todeta, että Suomessa käytetään tahdosta riippumatonta hoitoa sekä pakkotoimia paljon (taulukot 2 ja 3). Sairaanhoitopiirien välillä on huomattavia eroja niin tahdosta riippumattoman hoidon kuin pakkotoimien käytössä. Sairaanhoitopiirien väliset erot ovat pysyneet samansuuntaisina vuodesta toiseen. Näin suuria eroja voidaan joltain osin selittää tilastoinnin erilaisuudella. Kuitenkin suurin erojen selittäjä lienee erilaiset sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien hoito- ja toimintakäytännöt. (Tuori & Kiikkala 2004; Tiihonen 2004.) Stakes julkaisee hoitoilmoitusten perusteella koottua psykiatrian laitoshoidon raporttia, jossa myös tahdonvastainen hoito ja pakkotoimet raportoidaan. Nykyisen hoitoilmoituksen puutteena voidaan todeta, että esimerkiksi pakkotoimien kestosta ja/tai useudesta ei ole mitään tietoa. Sähköinen asiakastietojärjestelmä parantaa seurantaa tältä osin, koska sen myötä tilastointi tahdonvastaisen hoidon ja pakkotoimien osalta tarkentuu.

TAULUKKO 2. Tahdosta riippumattomassa hoidossa olleita 100 000 asukasta kohden sairaanhoitopiireittäin vuosina 1999–2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	99–06
10 Etelä-Savon shp	320	303	275	286	276	329	342	285	302
12 Pohjois-Karjalan shp	221	234	247	247	257	309	302	334	268
25 HUS Helsinki	274	276	275	256	252	235	223	231	253
09 Etelä-Karjalan shp	224	210	211	220	234	246	238	241	228
21 Lapin shp			188	216	184	210	243	253	216
11 Itä-Savon shp	230	236	194	192	181	222	208	222	211
08 Kymenlaakson shp	210	212	212	202	194	193	213	246	210
06 Pirkanmaan shp	171	228			200	221	223	215	210
03 Varsinais-Suomen shp	187	214	212	220	217	206	209		209
13 Pohjois-Savon shp	214	219	208	189	186	199	219	220	207
04 Satakunnan shp	190	190	180	205	199	222	227	237	206
14 Keski-Suomen shp	196	189	198	194	215	210	213	197	202
00 Koko maa	188	193	189	191	193	198	203	210	196
19 Kainuun shp	174	190	201	196	182	177	208	209	192
17 Keski-Pohjanmaan shp	142	146	171	197	199	222	204	218	187
25 HUS ilman Hki	192	186	178	182	186	186	179	194	185
07 Päijät-Hämeen shp	140	108	151	168	189	166	171	237	166
20 Länsi-Pohjan shp	141	64	151	156	131	129	183	178	141
15 Etelä-Pohjanmaan shp	124	106	112	118	122	116	195	199	136
18 Pohjois-Pohjanmaan shp	124	99	122	130	130	142	136	150	129
05 Kanta-Hämeen shp	106		117	123	135	129	152	135	128
16 Vaasan shp	123	112	101	107	116	132	123	137	119
Ahvenanmaa	70			27	53	53	98	67	61

Lähde: Stakes, Timo Tuori.

TAULUKKO 3. Pakkotoimien käyttö psykiatrian erikoisalan laitoshoidossa vuosina 2001–2005

(Pakkotoimien kohteena olleiden potilaiden prosentiosuus kaikista niistä potilaista, joista oli ilmoitettu, oliko pakkotoimia käytetty.)

Vuosi	Eristys %	Leposide %	Tahdonvastainen injektiolääkitys %	Fyysinen kiinnittä- minen %
2001	8,5	5,3	3,5	2,2
2002	7,6	4,5	3,4	2,0
2003	8,2	4,4	3,6	2,1
2004	7,7	4,2	3,4	1,9
2005	8,2	4,2	3,3	1,8

Lähde: Psykiatrian erikoisalan laitoshoido 2005. Stakes.

Lähteet ja kirjallisuutta

- Mielenterveysasetuksen muutos 1282/2000. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20001282> [27.10.2008].
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta E 77/2004 <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2004/20040077.pdf>.
- Hoitotakuun toteutuminen aikuispsykiatriassa erikoissairaanhoidossa 30.4.2007 (2007) Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/hoitoon.htx.i183.pdf> [27.10.2008].
- Mielenterveyslaki 1990/1116. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116> [27.10.2008].
- Mielenterveyslain muutos 1423/2001. Laki mielen-terveyslain muuttamisesta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011423>.
- Tiihonen J (2004) Miksi Pakon käyttö vaihtelee niin paljon psykiatrisessa hoidossa? Suomen Lääkärilehti (59) 3359.
- Tuori T & Kiikkala I (2004) Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. Suomen Lääkärilehti (59) 3411–3414.
- Psykiatrian erikoisalan laitoshoido 2005. Tilastotiedote 24/2006. Stakes. http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/DE869520-018A-44DD-8ABB-BFE69566C371/0/Tt24_06.pdf [27.10.2008].
- Suomen säädöskokoelma 22.9.2004 N:o 855–865. <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2004/20040129.pdf> [10.11.2008].
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019> [10.11.2008].

Apuvälinepalveluiden saatavuus

OUTI TÖYTÄRI

Apuvälineet tukevat ihmisen itsenäistä suoriutumista ja mahdollistavat kotona asumista ja osallistumista silloin, kun henkilön toimintakyky on alentunut vamman, sairauden, kehitysviivästymän tai ikääntymisen takia. Vastuu apuvälinepalvelujen järjestämisestä on kunnilla ja sairaanhoitopiireillä. Apuvälinepalveluihin kuuluvat apuvälineiden tarpeen määrittely, välineiden sovitus, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä ovat lääkinällisin perustein todetun toimintavajavuuden korjaamiseen tarkoitettut välineet, laitteet tai vastaavat, joita vajaakuntoinen henkilö tarvitsee selviytyäkseen päivittäisissä toiminnoissaan. Apuvälineisiin luetaan myös kuntoutuksessa tarvittavat hoito- ja harjoitusvälineet.

Aineisto ja tiedonkeruu

Stakes teki selvityksen apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuudesta ja apuvälinepalveluihin käytetyistä resursseista terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa vuonna 2006 (Töytäri 2007). Edelliset vastaavat selvitykset tehtiin vuosina 2000 (Sillanpää ym. 1995) ja 1994 (Töytäri 2001). Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto julkaisivat Apuvälinepalveluiden laatusuosituksen vuonna 2003 (Apuvälinepalveluiden 2003). Uusin saatavuus selvitys toteutettiin lähettämällä sähköinen kyselylomake jokaiseen terveyskeskukseen ja keskussairaalaan. Terveyskeskusten (n = 248) vastausprosentti oli 88 ja keskussairaaloiden 100 (n = 20).

Apuvälinepalveluun pääsy

Vuonna 2005 annettu hoitotakuu-lainsäädäntö koskee myös julkisen terveydenhuollon apuvälinepalveluja. Lainsäädännön mukaan kansalaisten on päästävä kiireettömän hoidon tarpeen arvioon terveyskeskukseen kolmessa arkipäivässä yhteydenotosta. Hoitoon tulee päästä viimeistään kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.

Erikoissairaanhoidon apuvälinepalveluihin pääsy on määritelty sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemissa erikoissairaanhoidon apuvälinepalvelun perusteissa²². Niiden mukaan erikoissairaanhoidossa tulee kolmen viikon kuluessa apuvälinepalvelulähetteen saapumisesta kirjata lähete ja tehdä kiireellisyyden ensisijaisuusarviointi, joka on hoidosta vastaavan lääkärin vastuulla. Potilaaseen tulee olla yhteydessä ja hänelle tulee esittää alustava aika-arvio prosessin alkamisesta. Kuuden kuukauden aikana tulee toteuttaa apuvälineasiantuntijan arviointi, tehdä päätökset ja käynnistää apuvälineen hankinta.

Saatavuus selvityksen mukaan apuvälineiden tarvitsijat pääsivät aloittamaan apuvälinepalveluprosessin pääasiassa hoitotakuun aikarajoissa (taulukko 1). Kahdessa keskussairaalaassa kuulonhuollon aikataulut eivät aina toteutuneet ja odotusaika saattoi olla yli puoli vuotta. Yhdessä keskussairaalaassa kommunikaatiokeskukseen oli yli vuoden jono ja näköpoliklinikalla jonotus kesti vähän yli puoli vuotta.

²² www.stakes.fi/apuvaineet.

TAULUKKO 1. Apuvälinepalveluun pääsy lainsäädännön mukaisissa ajoissa terveyskeskuksissa (n = 217) ja keskussairaaloissa (n = 19). Aikaraja terveyskeskuksissa on a) 3 arkipäivää ja b) 3 kuukautta. Keskussairaaloissa aikaraja on a) 3 viikkoa ja b) 6 kuukautta

	Aina		Useimmiten		Harvoin	
	Terveyskeskus %	Keskussairaala %	Terveyskeskus %	Keskussairaala %	Terveyskeskus %	Keskussairaala %
a) Apuvälinepalvelun tarpeen arviointi	26	53	66	47	8	0
b) Apuvälinepalveluprosessin käynnistäminen	91	90	9	11	0	0

Apuvälinepalveluiden toimivuus

Apuvälinepalveluprosessi toimi sekä terveyskeskuksissa että keskussairaaloissa enimmäkseen hyvin tai erittäin hyvin. Parhaiten toteutuivat kaikissa organisaatioissa apuvälineen saajan ohjaus ja neuvonta, palveluun hakeutuminen ja käyttäjän informointi apuvälineen palauttamisesta. Terveyskeskuksissa lisäksi hyvin toteutuivat tarpeen arviointiin pääsy ja apuvälineen kokeilu todellisessa käyttöympäristössä.

Heikoimmaksi kohdaksi toimijat arvioivat apuvälineen käytön seurannan. Kolmanneksessa organisaatioista apuvälineen käytön seuranta ei toteutunut ollenkaan tai se ei toteutunut kovin hyvin. Apuvälineiden muutostyöt toteutuivat heikosti neljänneksessä terveyskeskuksista ja apuvälineen saajien mahdollisuus kokeilla apuvälinettä sen todellisessa käyttöympäristössä toteutui heikosti viidenneksessä keskussairaaloista.

Apuvälineiden saatavuus

Apuvälinepalveluiden toteutuksen arvioinnissa on oleellista apuvälineiden saatavuus. Selvityksen mukaan apuvälineiden tarvitsijat saivat käyttöönsä aikaisempaa useammin tarvitsemiaan apuvälineitä. Terveyskeskuksista 80 ja keskussairaaloista 95 prosenttia arvioi, että niiden apuvälineiden saatavuus vastasi yleisesti apuvälineiden tarvitsijoiden tarpeita hyvin tai erittäin hyvin. Terveyskeskukset ja keskussairaalat luovuttivat käyttöön lähes kaikkia kysytyjä apuvälineitä useammin vuonna 2006 kuin vuonna 2000. Muutokset olivat tilastollisesti merkitseviä.

Saatavuutta oli kuitenkin rajoitettu useissa organisaatioissa, vaikka lääkinnälliset ja toiminnalliset perusteet apuvälineen saamiselle olisivat olleet. Terveyskeskusten rajoituksista monet koskivat apuvälineitä, joita erityisesti iäkkäät ihmiset tarvitsevat, kuten rollaattori ulkokäyttöön tai potkupyörät. Keskussairaaloiden rajoitukset kohdistuivat erityisesti kommunikoinnin ja kuulemisen apuvälineisiin. Eniten keskussairaalat olivat rajoittaneet kuulokojeen pattereiden luovuttamista aikuisille.

Ennalta sovittujen apuvälineiden luovutusrajoitusten käyttö ja apuvälineistä perittävien asiakasmaksujen ja käyttökustannusten omavastuullisuus oli vähentynyt verrattuna vuoteen 2000. Osa muutoksista oli tilastollisesti merkitseviä. Terveyskeskukset ja keskussairaalat käyttivät rajoituksista eniten apuvälineiden uusimis- ja määrärajoituksia. Niidenkin käyttö oli pysynyt ennallaan. Useimmat näistä rajoituksista koskivat peruukkien luovuttamista.

Etenkin osa terveyskeskuksista oli kiristänyt apuvälineiden luovutusrajoituksia edellisten kolmen vuoden aikana. Tiukennettu oli erityisesti apuvälineiden luovuttamista iäkkäille henkilöille, joilla ei ollut apuvälinetarpeeseen selkeää lääketieteellistä diagnoosia.

Rajoitusten käytössä oli eroja sairaanhoitopiireittäin. Apuvälineiden tarvitsijat ovat apuvälineiden saatavuudessa edelleen keskenään eri asemassa, kuten vuonna 2000. Useat terveyskeskukset suosittelivat apuvälineiden tarvitsijoita hankkimaan itse pienet apuvälineet, joita on saatavilla tavallisista kaupoista. Myös apuvälineitä, jotka rinnastettiin ”tavallisiin välineisiin”, kuten tukikahvat ja potkupyörät, suositeltiin hankittavaksi itse. Joissain tapauksissa luovutusrajoituksia oli perusteltu riittämättömällä apuvälinehankintojen budjeteilla.

Apuvälinepalveluihin käytetyt resurssit

Määrärahat

Terveyskeskusten ja keskussairaaloiden apuvälineisiin käyttämät määrärahat olivat kasvaneet viime vuosina. Terveyskeskukset käyttivät vuonna 2005 apuvälineiden hankintoihin keskimäärin 4,4 euroa ja keskussairaalat 6,9 euroa asukasta kohden. Terveyskeskusten ja keskussairaaloiden yhteenlasketut laskennalliset hankintakustannukset vuonna 2005 olivat noin 59 miljoonaa euroa (taulukko 2). Lisäystä vuoteen 1999 oli 24 miljoonaa euroa. Muutokseen on saattanut vaikuttaa selvitysvuosina toisistaan hiukan poikkeavat määrärahojen raportointitavat.

TAULUKKO 2. Apuvälineiden hankintakustannukset terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa vuosina 1993, 1999, 2004 ja 2005. Luvut ovat euroina vuoden 2005 rahanarvossa

	2005 milj. €	2004 milj. €	1999 milj. €	1993 milj. €
Terveyskeskukset	22,9	21,9	15,5	12,9
Keskussairaalat	36,1	32,4	19,6	20,4
Yhteensä	59,0	54,3	35,1	33,3

Vastaajat eivät olleet kuitenkaan tyytyväisiä määrärahojen suuruuteen. Kolmannes terveyskeskuksista ja keskussairaaloista raportoi, että apuvälineisiin tarkoitetut määrärahat eivät vastanneet tarvetta. Vuonna 2000 määrärahat riittivät hiukan paremmin.

Apuvälineiden ja saajien määrä ja ikäjakauma

Vain osa terveyskeskuksista ja puolet keskussairaaloista pystyi ilmoittamaan luovutettujen apuvälineiden ja apuvälineitä saaneiden henkilöiden määrän. Myös organisaatioiden tilastointitavat erosivat toisistaan.

Terveyskeskukset luovuttivat keskimäärin 10 ja keskussairaalat 2,5 apuvälinettä sataa asukasta kohden vuonna 2005. Terveyskeskuksista apuvälineitä sai keskimäärin viisi henkilöä ja keskussairaaloista kaksi henkilöä sadasta asukkaasta.

Terveyskeskuksista yli puolet ja keskussairaaloista vajaa puolet apuvälineitä saaneista henkilöistä oli yli 65-vuotiaita vuonna 2005 (taulukko 3). Organisaatioiden välillä oli eroja. Enimmillään terveyskeskusten apuvälineiden saajista 90 prosenttia oli yli 65-vuotiaita. Keskussairaaloista apuvälineitä saaneiden iäkkäiden määrä verrattuna vuoteen 1999 oli kasvanut suhteellisesti enemmän kuin vastaava koko ikäluokka. Terveyskeskusten ikäjakaumat eivät olleet muuttuneet.

TAULUKKO 3. Apuvälineitä saaneiden henkilöiden ikäjakaumat terveyskeskuksissa (n = 43) vuonna 2005, (n = 33) vuonna 2004, (n = 70) vuonna 1999 ja keskussairaaloissa (n = 5) vuonna 2005, (n = 5) vuonna 2004, (n = 4) vuonna 1999 (%)

Ikäryhmä	Terveyskeskukset			Keskussairaalat		
	2005 %	2004 %	1999 %	2005 %	2004 %	1999 %
0–15 vuotta	5	4	5	16	17	22
16–64 vuotta	38	37	38	36	40	39
65–74 vuotta	19	19	20	17	16	19
yli 74 vuotta	38	39	38	31	27	19

Apuvälinealalla työskentelevien määrä ja osaaminen

Keskussairaaloissa tyytymättömyys ammattihenkilöiden vähyyteen kolminkertaistui vuodesta 2000. Neljännnes terveyskeskuksista ja kolme neljäsosaa keskussairaaloista arvioi, että niissä työskenteli selvästi liian vähän apuvälinealan ammattihenkilöitä. Joka neljännessä terveyskeskuksessa apuvälinealalla ei päätoimisesti toiminut yhtään alan ammattilaista. Seitsemässä terveyskeskuksessa ei ollut fysioterapeuttien toimia.

Noin viidennes terveyskeskuksista ja vajaa neljännnes keskussairaaloista arvioi organisaationsa apuvälinealan ammattihenkilöiden osaamisen heikoksi tai vain melko hyväksi. Osaamisen puutteita olivat muun muassa apuvälineiden huono tuntemus sekä vaikeus pysyä teknisen kehityksen mukana. Tilanne vaikeutui, kun apuvälinetoiminta oli vain osa omaa työtä.

Apuvälinetoiminnan tilat, rekisterijärjestelmät ja luokitukset

Noin puolella terveyskeskuksista ja keskussairaaloista oli riittämättömät apuvälinetoiminnan tilat. Ne olivat ahtaita, epäkäytännöllisiä ja heikosti varusteltuja. Osin tilat oli hajasijoitettu eri puolille laitosta tai erilliset tilat puuttuivat kokonaan.

Terveyskeskuksista 11 prosentilla ei ollut käytössä sähköistä apuvälinerekisteriä. Määrä oli pienentynyt noin kolmannekseen vuodesta 2000. Terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa oli käytössä useita erilaisia sähköisiä apuvälineiden rekisterijärjestelmiä. Noin kolmannes terveyskeskuksista käytti samaa apuvälineluokitusta kuin oman sairaanhoitopiirin apuvälineyksikkö/-keskus. Terveyskeskuksilla ja keskussairaaloilla oli useimmiten käytössä apuvälineluokituksena kansainvälisestä luokituksista käännetty suomalainen standardi SFS-EN-ISO 9999 Apuvälineitä vammaisille henkilöille.

Johtopäätökset laadun ulottuvuuksin

Palveluiden saatavuus

Lain mukainen kuuden kuukauden aika odottaa apuvälinepalvelun käynnistymistä saattaa olla monissa tapauksissa liian pitkä. Aikaviive saattaa heikentää apuvälineitä käyttöönsä odottavien toiminta- ja työkykyä ja lisätä heidän terveyden- ja sosiaalihuollon palveluiden tarvetta. Odottaminen aiheuttaa näin uusia kustannuksia.

Apuvälineiden saatavuuden parantumiseen on saattanut vaikuttaa osin määrärahojen kasvu, sillä apuvälineiden markkinahinnat ovat samanaikaisesti osin nousseet ja osin laskeneet. Suhteel-

lisesti laskettuna apuvälineisiin käytetyt määrärahat vaihtelivat paljon, jopa kymmenkertaisesti organisaatioiden välillä. Myös alueellisia eroja oli.

Apuvälineiden saajien ikäjakaumien kehitystä tulisi seurata vastaisuudessaakin ja kehittää palveluita ikärakennetta vastaaviksi. Resursseja saatetaan tarvita aikaisempaa enemmän apuvälineiden teknisen vaativuuden lisääntymisen ja apuvälineiden tarvitsijoiden moniongelmaisuuuden ja ikääntymisen takia. Myös alueellisen toiminnan kasvaminen ja apuvälinepalvelujen kehittämishankkeet vaativat omat voimavaransa.

Korkeatasoinen osaaminen

Apuvälineen yksilöllinen tarpeen arviointi, sopivan apuvälineen valinta ja käytön opetus vaativat aina riittävää asiantuntemusta ja osaamista, jota ei voi saavuttaa ilman asiantuntevaa koulutusta. Myös apuvälineiden huoltoon ja korjaukseen tarvitaan omat erikoisammattihenkilöt. Terveyskeskukset ja keskussairaalat olivat järjestäneet jonkin verran alan täydennyskoulutusta, mutta tarvetta ajanmukaiselle toistuvalla pitkäkestoisella lisäkoulutuksella on. Jos alan ammattilaiset eivät tunne uusia apuvälineitä, he eivät myöskään hanki niitä tarvitsijoiden käyttöön. Jotta ajantasaista tietoa uusista ja muista olemassa olevista apuvälineistä pystyttäisiin tehokkaasti saamaan, tarvitaan tiedon välittämiseen valtakunnallinen avoin apuvälineiden tietokanta.

Asiakaskeskeisyys

Apuvälineiden käytön seuranta oli heikkoa. Seurannan avulla pystyttäisiin varmistamaan, että apuvälineen käyttäjä saa apuvälineestään parhaan mahdollisen hyödyn eikä apuväline jää käyttämättömänä turhaksi kustannukseksi. Myös tarpeettomiksi tulleet apuvälineet saataisiin kierätettyä muille tarvitsijoille. Seurannan tueksi on olemassa apuvälineiden käyttäjille tarkoitettu apuvälineiden käyttöä ja apuvälinepalveluja arvioiva tyytyväisyysmittari Quest, joka on saatavissa Stakesin sivustolta www.stakes.fi/apuvaineet (Demers ym. 2005). Sen avulla alan toimijat pystyvät helposti keräämään asiakkaitensa näkemyksiä omasta toiminnastaan ja hyödyntämään niitä palvelujen kehittämisessä.

Lääkinnällisen kuntoutuksen lainsäädännön muuttuessa tulisi pohtia, miten kunnan tai kuntayhtymän korvattavaksi tulevat apuvälineet määritellään. Lainsäädännön erilaiset tulkinnat eivät saisi heikentää apuvälineiden käyttäjien keskinäistä tasa-arvoa.

Turvallisuus

Terveyskeskuksista joka viides oli jättänyt käsittelemättä vaaratilannetapauksia, jotka liittyivät apuvälineisiin. Kaikki keskussairaalat, joissa oli ollut tiedossa vaaratilannetapauksia, olivat myös käsitelleet ne. Noin puolessa molemmista organisaatioista vaaratilannetapauksia ei ollut tapahtunut tai ne eivät olleet tiedossa.

Tehokkuus

Säästö omatoimisuutta tukevien apuvälineiden hankkimatta jättämisestä saattaa johtaa muiden palvelujen tarpeeseen ja moninkertaisiin kustannuksiin. Vastaisuudessa tulisi tukea tutkimusta, joka selvittää apuvälineiden käytön kustannusvaikuttavuutta.

Terveystieteiden apuvälinealan toimijoiden asiantuntemusta hyödyntäen tulisi laatia lisää yhtenäisiä perusteita apuvälineiden saatavuudelle sekä erikoissairaanhoidon että perustervey-

denhuoltoon. Apuvälineiden saatavuuden perusteiksi tarvitaan tuoretta tietoa apuvälineiden vaikuttavuudesta. Hyvinä alkuna tälle työlle ovat Stakesissa parhaillaan tehtävät systemaattiset kirjallisuuskatsaukset apuvälineiden vaikuttavuudesta ja yhteispohjoisaisesti valmistettu liik- kumisen apuvälineiden vaikuttavuusmittari Nomo (Brandt ym. 2006).

Apuvälinepalvelujen alueellisella yhteistyöllä pystytään tehostamaan apuvälinepalveluiden toteuttamista. Alueellisten apuvälinekeskusten perustamisista on hyviä kokemuksia. Apuvälineiden hankintamäärärahojen käyttöä voidaan tehostaa alueellisesti toteutetuilla apuvälineiden hankintakilpailutuksilla ja hyvin järjestetyillä organisaatioiden välisillä apuvälineiden kierrätyksillä. Näiden edellytyksenä on, että alueilla on yhteiset apuvälinetietojärjestelmät ja yhdenmukaiset apuvälineluokitukset.

Lopuksi

Edellä kuvatut seurantaindikaattorit ovat tärkeitä apuvälinepalveluista kerättäviä tietoja, joita voidaan hyödyntää apuvälinepalvelujen seurannassa, vertailussa ja kehittämisessä. Kun indikaattoreita muokataan apuvälinepalveluiden tai apuvälineiden vaikuttavuuden arvioinnin tueksi, tarvitaan lisää pohdintaa ja työstämistä. Apuvälineiden toimintalukujen kerääminen erilliskyselynä on työlästä ja sisältää epävarmuustekijöitä. Tulevaisuudessa apuvälineisiin ja apuvälinepalveluihin liittyvät toimintatiedot tulisi kerätä esimerkiksi Stakesin toimesta keskitetysti, toistuvasti ja yhtäläisin kriteerein sairaanhoitopiirien kautta yhtenäiseksi tilastoksi. Kriteerit tulisi määritellä yhteistyössä terveydenhuollon apuvälinepalveluiden alueellisten toimijoiden kanssa.

Lähteet

- Apuvälineet-verkkosivusto <http://infor.stakes.fi/apuvälineet> [23.7.2008].
- Apuvälinepalveluiden laatusuositus (2003) Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/apuväline/opus03_7.pdf. [12.9.2007].
- Brandt, Åse; Löfqvist, Charlotte; Nilsson, John; Samuelsson, Kersti; Hurnasti, Tuula; Jónsdóttir, Inga; Salminen, Anna-Liisa; Sund, Terje & Iwarsson, Susanne. NAME 1.0 Liikkumisapuvälineiden vaikuttavuutta arvioiva mittari. Työpapereita 16/2006. Helsinki: Stakes. www.stakes.fi/apuvälineet tai <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T16-2006-VERKKO.pdf> [27.10.2007].
- Demers, L. & Weiss-Lambrou R. & Ska, B. (suom. Anna-Liisa Salminen) (2005) QUEST 2.0 Apuvälineyytyväisyyttä arvioiva mittari. Työpapereita 9. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp9-2005.pdf> [27.10.2008].
- Sillanpää, M.-L. & Marjamäki, P. & Paatero H. (1995) Apuvälineiden saatavuus 1994. Monisteita 1995:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Töytäri, Outi (toim.) (2001) Apuvälineiden saatavuus 2000. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä, resursseista ja yhteistyöstä terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa. Aiheita 9. Helsinki: Stakes.
- Töytäri, Outi (2007) Apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuus terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa 2006. Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä ja apuvälinepalvelujen toteutuksesta. Raportteja 15. Helsinki: Stakes.

4.2 Potilasturvallisuus ja sen mittaaminen

PÄIVI HÄMÄLÄINEN, HANNU RINTANEN

Potilasturvallisuus ja potilasturvallisuustyö

Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua. Potilasturvallisuus muodostaa yhdessä hoidon tarpeen, hoidon vaikuttavuuden ja hoidon saatavuuden kanssa terveydenhuollon toiminnan perustan. Potilaan näkökulmasta kyse on siitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Terveydenhuollon palvelujen antajan näkökulmasta on kyse potilaan suojaamisesta vahingoittumiselta hoitotapahtuman yhteydessä ja muu hoidon turvallisuuden varmistaminen. Potilasturvallisuuden alueita ovat yleinen hoidon turvallisuus, lääkitysturvallisuus ja laiteturvallisuus (Potilas- ja..., 2006; Uudistettu potilas- ja..., 2007).

Suomessa ei ole tutkimukseen perustuvaa tietoa potilaalle terveydenhuollossa aiheutuvien haittojen määrästä ja laadusta. Yhdysvalloissa, Australiassa ja Englannissa 1990-luvun lopulla ja myöhemmin Tanskassa julkaistujen tutkimusten mukaan keskimäärin joka kymmenennen sairaalahoittoon otetun potilaan hoidossa tapahtuu sellainen poikkeava tapahtuma, joka johtaa tai olisi saattanut johtaa potilaalle tulevaan haittaan. Näiden tutkimusten mukaan joka sadannen potilaan kohdalla haitta oli vakava. Samaisten tutkimusten mukaan noin puolet todetuista haitoista olisi ollut estettävissä. Riskialttiimmiksi hoidon alueiksi on tunnistettu lääkehoito ja kirurgia. Myös hoidon aikana saatu infektio sekä putoamis- ja kaatumistapaturmat ovat tavallisia. Tiedonkulun ongelmilla on todettu olevan haittatapahtumien syntyä edistävä vaikutus. (Idänpään-Heikkilä 2005; Övretveit 2007.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa on yritetty laskea haittatapahtumien aiheuttamia taloudellisia menetyksiä terveydenhuoltojärjestelmälle. Luvun arvioidaan olevan suuruusluokkaa 2–5 % terveydenhuollon kustannuksista. Tämän lisäksi potilaalle itselleen ja yhteiskunnalle yleensä aiheutuu haittatapahtumista kustannuksia. (Idänpään-Heikkilä 2005; Övretveit 2007.) Ilman tarkempaa tutkimustietoa ei ole perusteita arvioida, poikkeako Suomessa haittatapahtumien määrä tai niistä aiheutuvien kustannusten suuruus muista maista. Koska eri maissa tehtyjen selvitysten tulokset antavat samaa suuruusluokkaa olevia tietoja, on oletettavaa, että luvut Suomessakin ovat samaa tasoa.

Seuraavaa kuvataan lyhyesti kansallisen sekä kansainvälisen potilasturvallisuustyön nykytila ja luodaan tällä hetkellä käytettävissä olevan tilasto- ja rekisteritiedon avulla kuvaa Suomen potilasturvallisuustilanteesta haasteineen. Käytössä olevat aineistot ovat melko rajallisia. Katsauksessa pohditaan lopuksi sitä miten potilasturvallisuutta kuvaavan tiedon keräämistä ja hyödyntämistä voitaisiin edelleen kehittää.

Kansainvälinen ja kansallinen potilasturvallisuustyö

Viime vuosina potilasturvallisuus on kansainvälisesti nostettu yhdeksi keskeiseksi terveydenhuollon toiminnan kehittämiskohteeksi. Muun muassa WHO, EU, OECD ja Pohjoismaiden ministerineuvosto ovat aktiivisesti edistäneet potilasturvallisuuden nostamista keskeiseksi terveydenhuollon laadun osatekijäksi (Euroopan neuvoston 2006; European Commission 2007; Kristensen ym. 2007; European Union Network for Patient Safety²³; WHO Patient Safety²⁴; Millar ym. 2004). Myös Suomessa on alettu kiinnittää huomiota potilasturvallisuuskysymyksiin aikaisempaa suunnitelmallisemmin (Idänpään-Heikkilä 2005; Potilasturvallisuutta 2007; Potilasturvallisuuden..., 2006).

²³ <http://90plan.ovh.net/~extranetn/>.

²⁴ <http://www.who.int/patientsafety/en/>.

Sosiaali- ja terveysministeriön alaiset laitokset ovat yhdessä ministeriön kanssa edistäneet potilasturvallisuusasiaa. Yhteistyön tuotoksina on valmistunut muun muassa potilasturvallisuus-sanasto (Potilas- ja ..., 2006), turvallisen lääkehoidon opas (Turvallinen lääkehoito 2005), malli terveydenhuollon hoitoyksikön laadunhallintaan (Knuutila ym. 2004) ja malli hoitoilmoitusrekisterin hyödyntämisestä haittatapahtumien raportoinnissa (Ojala ym. 2007). Stakes on 2007 aloittanut potilasturvallisuustiedon keräämisen verkkosivuilleen (Potilasturvallisuussivusto²⁵).

Potilasturvallisuuden edistäminen on keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon päivittäistä laadunhallintaa. Potilasturvallisuustyö on otettu osaksi monien terveydenhuollon yksiköiden laadunhallintaa. VTT on luonut haittatapahtumien raportointi- ja analysointijärjestelmän sairaalaympäristöön (Knuutila ym. 2007). Tämä ns. HaiPro-järjestelmä on kokeiltavana parissakymmenessä terveydenhuollon organisaatioissa (HaiPro²⁶).

Potilasturvallisuustilannetta kuvaavan tiedon merkitys ja mittaaminen

Potilasturvallisuutta kuvaavan tiedon merkitys

Turvallinen hoito on vaikuttavaa, ja se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Hoito ei kuitenkaan aina suju toivotulla tavalla. Hoitoon voi liittyä ennakoimattomia haittavaikutuksia kuten annetun hoidon tunnetun riskin laukeaminen tai uuden lääkeaineen aiemmin tuntemattoman sivuvaikutuksen ilmaantuminen. Jos haittavaikutus syntyy siitä huolimatta, että hoitava henkilöstö on asianmukaisesti suorittanut kaikki hoitoon liittyvät varotoimet, ei haittavaikutus ole sellainen potilasturvallisuustapahtuma, joka hoitoprosesseja parantamalla olisi ollut ennalta ehkäistävissä. Hoidossa tapahtuu myös erehdyksiä ja virheitä, jotka useimmiten johtavat tehottomuuteen ja aiheuttavat lisäkustannuksia, hoidon viivästymisen tai vaivaan ja harmiin potilaalle. Pahimmillaan potilas vammautuu pysyvästi tai kuolee. Kaikkia virheitä ei voida estää, sillä inhimilliseen toimintaan liittyy erehtymisen mahdollisuus. Ikävien tapahtumien syynä ovat usein yksittäisestä työntekijästä riippumattomat puutteet tai häiriöt toimintatavoissa tai järjestelmissä. (Idänpään-Heikkilä 2005; Potilasturvallisuutta..., 2007.)

Potilasturvallisuutta voidaan edistää siirtämällä huomio pois yksittäisistä työntekijöistä ja keskittymällä palvelujärjestelmän toiminnan tutkimiseen. Keräämällä ja analysoimalla tietoa voidaan tunnistaa kehittämistarpeita ja oppia. Tietoa ennakoimattomista haittavaikutuksista käytetään esimerkiksi lääkeaineiden, ja leikkaustekniikoiden kehittämiseen. Tietoa potilasturvallisuustapahtumista voidaan käyttää toimintojen kehittämiseen niin, että vastaavaa ei tapahtuisi uudelleen. Huomattava osa potilaalle potilasturvallisuustapahtumissa aiheutuneista haitoista voitaisiin estää selvittämällä niiden syitä ja ottamalla poikkeamista oppia. Potilasturvallisuutta voidaan parantaa analysoimalla riskejä, korjaamalla hoitoprosesseja ja toiminnan rakenteita sekä ottamalla muulla tavoin oppia poikkeamista. (Idänpään-Heikkilä 2005, Potilasturvallisuutta..., 2007.)

Potilasturvallisuustilanteen mittaamisen menetelmät

Potilasturvallisuuden mittaamiseen on olemassa neljän eri tyyppin lähestymistapoja, joita kaikkia voidaan käyttää organisaatiotasolla, aluetasolla tai kansallisella ja myös kansainvälisellä tasolla. Näitä ovat potilasturvallisuuskulttuurin mittaaminen, potilaiden kokemusten kerääminen kyselyillä, potilasturvallisuustapahtumien (haittatapahtumien ja ”läheltä piti -tilanteiden”) tilastoiminen ja analysointi ja potilasturvallisuusindikaattoreiden muodostaminen ja seuraaminen.

Potilasturvallisuuskulttuuri on potilaiden turvallista hoitoa edistävä systemaattinen toimintatapa sekä sitä tukeva johtaminen, arvot ja asenteet. Kansainvälisesti on kehitetty joitakin stan-

25 <http://sty.stakes.fi/FI/potilasturvallisuus/index.htm>.

26 <http://haipro.vtt.fi/>.

dardoituja terveydenhuollon organisaatioissa työskenteleville kohdennettuja kyselytutkimuksia potilasturvallisuuskulttuurin mittaamiseksi, mutta toistaiseksi niitä ei ole kokeiltu Suomessa. Pohjoismaat tekevät parhaillaan yhteistyötä potilasturvallisuuskulttuurin mittausten menetelmien kehittämiseksi Pohjoismaisen ministerineuvoston hankkeessa (Pohjoismaisen ministerineuvoston... 2007). WHO Europe on julkaissut oman, 53 maata koskevan potilasturvallisuuskulttuurikyselynsä tulokset. Kyselyssä mitattiin politiikkatason sitoutumista potilasturvallisuuskulttuuriin, kansallisia toimintaohjelmia, lainsäädäntöä ja toiminnan vastuutusta sekä organisaatioita. Organisoitu potilasturvallisuustyö on melko yleistä, eikä Suomea voida lukea edelläkävijämaiden joukkoon (WHO Europe 2007).

Potilasturvallisuustilanteeseen liittyvää tietoa potilaan itsensä kokemana on periaatteessa mahdollista kerätä systemaattisesti osana potilastyytyväisyysmittauksia. Suomessa ei ole tehty näitä potilaskyselyjä kansallisella tasolla. Myös tämän aihepiirin kehittämistä tehdään parhaillaan pohjoismaisena yhteistyönä Pohjoismaisen ministerineuvoston hankkeessa. (Pohjoismaisen ministerineuvoston..., 2007)

Potilasturvallisuustilannetta voidaan kartoittaa *selvittämällä potilasturvallisuustapahtumien määrää*. Näillä tarkoitetaan potilaan turvallisuuden vaarantavia tapahtumia, jotka aiheuttavat tai voivat aiheuttaa haittaa potilaalle (Uudistettu potilas- ja... 2007). Potilasturvallisuustapahtumien organisaatiotason raportoinnin työkaluja on Suomessa kehitetty terveydenhuollon toimijoiden omina ja kansallisesti tuettuina hankkeina. Näistä tunnetuin on HaiPro. Vastaavia raportointijärjestelmiä on jo käytössä monissa maissa. Lisäksi kansainvälisesti on kehitetty useita erilaisia työkaluja, joilla voidaan selvittää yksittäisten haittatapahtumien syntyyn johtaneita tekijöitä ja löytää terveydenhuollon prosessien heikkoja kohtia. Esimerkiksi Ruotsissa tällaiset tapahtuma- ja riskianalyysit ovat laajasti käytössä (Händelseanalys 2005).

Potilasturvallisuustapahtumien määrää ja terveydenhuollon toiminnan laatua potilasturvallisuusasioissa voidaan yrittää arvioida erilaisiin tilastoihin ja rekistereihin kerätyn tiedon avulla. Rekistereihin on kirjattu erilaisia tapahtumia, jotka täyttävät haittatapahtuman määritelmän. Joissakin rekistereissä ilmoitusvelvollisuus koskee myös niin sanottuja ”läheltä piti” -tilanteita.

Potilasturvallisuustilanteen mittaaminen sinänsä ei vielä tuo lisäarvoa potilasturvallisuuden edistämiseen. Mittaamiseen on aina liitettävä tiedon analysoiminen ja tulosten raportointi, niille, joilla on mahdollisuus hyödyntää tietoja potilasturvallisuuden parantamisessa.

Suomen potilasturvallisuustilannetta kuvaava tieto

Suomessa on joitakin lainsäädäntöön perustuvia rekistereitä, joihin viranomaiset ovat keränneet tietoa erilaisista terveydenhuollon toimintaan liittyvistä haitallisista tapahtumista. Lisäksi on olemassa vapaaehtoisuuteen pohjautuvia rekistereitä ja kokoomatiedon julkaisemista. Yhteistä kaikille näille järjestelmille on se, että ne keskittyvät kukin yhteen osa-alueeseen. Suomessa ei ole julkaistu tietoja, joilla pyrittäisiin muodostamaan potilasturvallisuustilanteen kokonaiskuva. Tarkemmat tiedot tilastoista ja rekistereistä ajankohtaisine tilannetietoineen on koottu taulukkoon 1 muutoin, mutta hoitoilmoitusrekisteriin liittyvä tiedonkeruu esitellään erikseen luvussa 4. Lista sisältää HaiPro-hankkeen ensimmäisen vaiheen tiedot.

Lääkkeen asianmukaiseen käytön yhteydessä ilmaantuneita lääkehaittoja ei ole otettu mukaan taulukkoon 1, koska hoitohenkilöstö ei voi vaikuttaa ennalta ehkäisevästi lääkkeen yllättäviin biologisiin haittoihin. Tietoa lääkehaitoista kerätään Lääkkeiden haittavaikutusrekisteriin. Ilmoituksia lääkkeiden haittavaikutuksista tehtiin Lääkelaitokselle vuonna 2006 yhteensä 1 135 kappaletta. Ilmoituksista noin 700 koski vakavia haittoja. (Suomen lääketilasto 2007.) Lääkevahinkovakuutuspooli korvaa lääkkeen tavanomaisen käytön aiheuttamia haittoja. Vakuutuksenottaja on lääketeollisuutta edustava Suomen Lääkevahinkokorvausosuuskunta. Vuonna 2006 korvattiin

128 lääkevahinkoa. Jos lääkehoidon haitta johtuu hoitovirheestä, korvaus maksetaan potilasvahinkona. (Lääkevahinkovakuutuspooli²⁷.)

TAULUKKO 1. Potilasturvallisuustapahtumatietoa kansallisista tilastoista ja rekistereistä

Rekisteri ja sen peruste	Kerättävä potilasturvallisuustapahtumatieto	Viimeisin tieto ja sen vuosi
Veripalvelulain (197/2005) ja veripalveluasetuksen (285/2006) mukaan terveydenhuollon toimintayksikön ja veripalvelulaitoksen tulee pitää kirjaa verensiirtoihin liittyvistä haittavaikutuksista ja vaaratilanteista ja ilmoittaa ne Veriturvatoimiston Veripalveluun, joka ilmoittaa ne edelleen Lääkelaitokseen. Veriturvatoimisto julkaisee tietoja. (Verivalmisteen 2007, Veripalvelu*)	Potilasturvallisuustapahtumiksi ja/tai vaaratilanteiksi voidaan luokitella bakteereita tai viruksia sisältävän tai väärän veren antaminen potilaalle (potilas saa muuta kuin hänelle tarkoitettua verivalmistetta). Verensiirrosta syntynyt haittavaikutus yleensä ei ole potilasturvallisuus-mielessä luokiteltava haittatapahtuma silloin kun se ei ole ollut ennakoitavissa ja estettävissä.	Suomen Punaisen Ristin Veripalvelu toimitti sairaaloille vuonna 2006 yli 328 000 verivalmistetta. Haittavaikutusreaktioita yleensä ilmoitettiin 296 kpl. Vääriä verensiirtoja raportoitiin 23 kpl. Niistä 8:aan liittyi vakava haittavaikutus ja 15 oli sellaisia, joissa potilaalle ei tullut oireita. Läheltä piti -tilanteita raportoitiin 21 kpl (väärä verensiirtoja vuonna 2005 oli 21 kpl ja 26 kpl vuonna 2004). 38 tapausta tutkittiin epäillyn bakteeritulehduksen vuoksi, mutta yhtään ei vahvistettu.
Lakiin perustuva terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden vaaratilanteen ilmoittamisvelvollisuus koskee laitteiden ja tarvikkeiden valmistajia ja ammattimaisia käyttäjiä sekä laitteita ja tarvikkeita maahantuovia yrityksiä. Ilmoituksen tekemättä jättäminen on säädetty rangaistavaksi. Lääkelaitos julkaisee vuosittain yleiskatsauksen tilanteeseen, mutta ei varsinaisia yksityiskohtaisempia tilastoja. (Seitsonen 2007)	Ilmoitukseen vaaratilanteen (sisältää "läheltä piti" -tilanteet) aiheuttaneesta aktiivisesta implantista ja terveydenhuollon laitteesta ja tarvikkeesta merkitään laite-/valmistetiedot, ajankohta, tapauskuvaus ja aiheutuneen haitan kuvaus "läheltä piti" -tilanteet, henkilövahingot ja kuolemat luokitellaan erikseen, samoin onko vaaran kohteena ollut potilas, henkilökunta vai muu henkilö. Muutoin tieto on luokittelematonta kuvailutietoa. Tieto ei sisällä potilaan henkilöllisyyttä.	Vuonna 2006 Lääkelaitos sai Suomessa käytössä olevia laitteita koskevia vaaratilanneilmoituksia yli 400 kpl, luku sisältää muista EU-maista ja valmistajilta annetun tiedon. Laitteiden käyttäjiltä Suomessa (kentältä) tuli vaaratilanne-ilmoituksia vuonna 2006 noin 50 kappaletta (35 kpl vuonna 2005). Valtaosa vaaratilanteista johtuu siitä, että laite vioittuu käyttöönoton jälkeen tai on viallinen jo ennen käyttöönottoa. Käyttövirheiden osuus on noin 10 %. Lääkelaitos antoi vuonna 2005 kolme vakavan riskin tiedotetta (koskivat rytmihäiriötahdistinta, terapialamp-pua ja potilaan sidontajärjestelmiä eli lepositeitä) ja vuonna 2006 kaksi (koskivat suihkutuolia ja sairaaläsänkyjä). Vakavimmat Suomessa todetut haittatapahtumat ovat johtaneet potilaan kuolemaan. Näytettämislaitteet, kertakäyttöiset laitteet ja tarvikkeet, sähkökäyttöiset ja mekaaniset lääkintälaitteet ja ei-aktiiviset implantit ovat yleisimmät tuoteryhmät, joista tehdään vaaratilanneilmoituksia.
Säteilyturvakeskus kerää tietoa terveydenhuollossa potilaille tapahtuneista poikkeavista säteilytapahtumista. Nämä raportoidaan neljännesvuosittain ilmestyvissä säteily- ja ydinturvallisuuden neljännesvuosiraporteissa (Isaksson 2007a; Isaksson 2007b; Kainulainen 2006a, Kainulainen 2006b)	Tieto sisältää Säteilyturvakeskukselle raportoituja tarkkoja tapausselostuksia poikkeavista säteilytapahtumista terveydenhuollossa.	Vuonna 2006 raportoitiin kolme tapausta (sädehoitolaiteen viasta johtuva väärä sädetyt, toisen potilaan sädeannoksen antaminen potilaalle isotooppitutkimuksessa ja sädehoidon annosuunnittelujärjestelmän päivitysvirhe). Vuoden 2007 ensimmäisen puoliskon aikana oli kolme haittatapahtumaa (isotooppitutkimuksessa potilas sai väärän radiolääkkeen, potilas sai edelliselle potilaalle suunnitellun sädehoidon ja väärä potilas sai kertaannoksena kokoaivosädetyksen).

* <http://www.veripalvelu.fi/veriturva>.

Taulukko jatkuu

27 <http://www.lvp.fi/>.

Rekisteri ja sen peruste	Kerättävä potilasturvallisuustapahtumatieto	Viimeisin tieto ja sen vuosi
<p>Lääkelaitoksen ylläpitämään implanttirekisteriin kerätään tieto Suomessa tehdyistä tekonivelleikkauksista ja hammasimplanteista. Rekisterin pää tarkoitus on arvioida toiminnan laatua seuraamalla toimenpiteiden onnistumista ja implanttien pysymistä eri sairaaloissa ja eri leikkausmateriaaleja käytettäessä. Tekoniveliä koskevat tiedot ovat vuodelta 2004 ja hammasimplantteja koskevat vuodelta 2005. Uudempia tietoja ei ole julkaistu. (The 2004 Implant 2006; The 2005 Dental 2006)</p>	<p>Rekisteri erittelee haavan nekroosin, anestesiakomplikaatiot, hermovaurion, kuoleman, hematooman, malposition, tromboemolian, infektion, luksaation ja muut komplikaatiot. Implanttirekisterien vuosikirjoissa ei ole selostettu implanttirekisterin tiedon keruun menetelmiä, eikä arviota siitä, kuinka suuren osan Suomessa tehdyistä leikkauksista rekisteri kattaa.</p>	<p>Lonkan tekonivelleikkaukseen liittyi komplikaatioita n. 1,2 % :ssa leikkauksista vuonna 2004. Komplikaation riski on seurannassa jatkuvasti alentunut. Vuonna 2004 tehtiin 45 kpl uusintaleikkauksia infektion vuoksi. Polven tekonivelleikkauksissa komplikaatioita vuonna 2004 oli 0,6 % :ssa leikkauksista. Implanttirekisterissä seurataan hammasimplantteja. Hammasimplanttileikkauksien komplikaatioiden määrä on ollut jatkuvassa laskussa. Vuonna 2005 infektiota oli n. 0,02 %, huonoja asentoja 0,2 %, hermovaurioita 0,02 % ja muita komplikaatioita 0,5 % :ssa leikkauksista.</p>
<p>Potilasvakuutuskeskus käsittelee potilasvahinkotapaukset, joista potilas hakee korvausta. Se tilastoi omaa toimintaansa. Potilasvakuutuslainsäädännön mukaiset terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutunut henkilövahinko on sairaus, vamma tai muu terveydentilan tilapäinen tai pysyvä heikentyminen tai kuolema. (Potilasvakuutuskeskus*)</p>	<p>Potilasvakuutuskeskuksen tiedot antavat vain osittaista kuvaa potilaille sattuneista haittatapahtumista. Potilasvahinkojen ryhmät ovat: hoitovahinko, infektiovahinko, tapaturmavahinko, laitevahinko, palovahinko, lääkkeen toimittamisvahinko, ja kohtuuton vahinko.</p>	<p>Vuonna 2006 korvattiin yhteensä 2 331 potilasvahinkoa, joista 2 075 luokiteltiin hoitovahingoiksi, 210 infektiovahingoiksi, 27 tapaturmavahingoiksi, 10 laitevahingoiksi, 5 lääkkeen toimitusvahingoiksi ja 4 kohtuuttomiksi vahingoiksi. Korvatuista potilasvahingoista 1 853 oli tapahtunut julkisella ja 478 yksityisellä sektorilla. Korvattujen vahinkojen lisäksi todettiin 106 tapausta, joissa oli sattunut niin vähäinen potilasvahinko, että siitä ei syntynyt korvattavaa. Ilmoituksia potilasvakuutuskeskukseen tulee huomattavasti enemmän. Vuonna 2006 ilmoituksia tuli 7 935 kpl.</p>
<p>Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitukset ylläpitävät vuosittaista tilastoa saapuneista ja ratkaistuista kanteluista ja niiden kohteista ja syistä karkealla jaottelulla. Vuonna 2005 ratkaistuista terveydenhuollon valvontasuorituksista on julkaistu tapauskuvauksia ja numeerista tietoa (Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen 2005). Etelä-Suomen lääninhallituksen Helsingin palveluyksikkö julkaisi vuonna 2007 vuosien 1998–2005 kanteluita koskevan tutkimuksen (Nieminen ym. 2007), jossa tarkasteltiin kantelumateriaalia yksityiskohtaisemmin.</p>	<p>Tilastoissa ilmoitetaan ratkaistujen kanteluiden kokonaismäärä ja osuudet, jotka ovat saaneet eristeisiä seuraamuksia.</p>	<p>Vuonna 2005 TEO ja lääninhallitukset ratkaisivat 1178 kantelua, joista 67:ssä ei ollut huomauttamista. Huomion kiinnittämisiä annettiin 21 %:lle ja huomautus 6 %:lle ratkaistuista kanteluista. 26 % sisälsi molempia, sekä huomion kiinnittämisiä, että huomautuksia. Vakavia kantelutapauksia, joissa annettiin varoitus, oli 5 kpl, oikeuksien rajoittamisia oli 10 kpl ja oikeuksien poistoja 8 kpl. Etelä-Suomen lääninhallituksen selvityksessä seuraamuksia tuli vajalle kolmannekselle hoito ja menettelytapavirheestä. Seuraavaksi yleisimpiä olivat tiedonsaanti ja potilasasiakirja-asiat, sitten todistukset ja vajaa kymmenes liittyi käytökseen. Kohteina neljänneksellä seuraamuksista oli erikoissairaanhoidon, terveyskeskukset alle viidennes ja psykiatria alle kymmenes. Noin puolet seuraamuksista kohdentui yksityislääkäri- ja hammaslääkäritoimintaan.</p>

* <http://www.potilasvakuutuskeskus.fi/>.

Rekisteri ja sen peruste	Kerättävä potilasturvallisuustapahtumatieto	Viimeisin tieto ja sen vuosi
<p>Sairaalainfektio-ohjelma SIRO on Kansanterveyslaitoksen ylläpitämä (Sairaalainfektio-ohjelma 2005). Sen tavoitteena on auttaa sairaaloita torjumaan sairaalainfektioita. Siro kehittää sairaalainfektioiden seuranta ja kokoaa tietoa sairaalainfektioiden esiintymisestä. Ohjelmaan osallistuvat sairaalat voivat verrata omia lukujaan muiden sairaaloiden tietoihin. Ohjelman rahoittavat sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Kansanterveyslaitos (KTL) (Sairaalainfektioiden seuranta*).</p>	<p>Julkaistuna on selvitykset seuraavista aiheista; yleisselvitys sairaalainfektioiden prevalenssista (2005) (Sairaalainfektio-ohjelma 2005), leikkausalueen infektioista ortopediassa (2005) (Veriviljelypositiiviset 2007) ja selvityksiä veriviljelypositiivisista sairaalainfektioista (2006) (Leikkausalueen... 2007)</p> <p>Vuosina 1999–2006 sairaalainfektio-ohjelmaan (SIRO) on osallistunut 11–12 sairaalaa, joten aineisto ei ole kansallisesti kattava.</p>	<p>Ohjelman sairaaloissa esiintyi akuuttiosastoilla veriviljelypositiivisia sairaalainfektioita 0,7 tapausta 1 000 hoitopäivää kohden, mikä on EU:n ja Yhdysvaltojen tasoa. Aiheuttajina MRSA, VRE ja ESBL -positiiviset enterobakteerit ovat edelleen harvinaisia mutta niiden osuus aiemmasta lähes kaksinkertaistunut.</p> <p>Vuosina 1999–2005 lonkan ja polven tekonivelleikkausten ja reisiluun yläosan murtuman leikkausten infektioiden esiintyvyys oli 3,2 %. Infektioista 74 % oli pinnallisia ja 14 % syviä. Infektioista 12 % todettiin uloskirjoutuksen jälkeen.</p>
<p>Kuolinsyytilastot ovat julkisesti saatavilla Tilastokeskuksen tilastotietokannassa, jonne merkitään kuolintodistuksen mukaiset kuolinsyyt. (Kuolemansyyt**)</p>	<p>Kuolinsyyt perustuu ICD-10-pohjaiseen luokitteluun. Tilastoista selviävät esimerkiksi mahan sisällön henkeen vetämiseen kuolleet.</p> <p>Tapaturmista on tiedot erikseen omassa tietokannassaan, joka luokittelee lääketieteellisen hoidon haittavaikutuksiin kuolleet. Luokittelussa on tarkennetut luokat, joita ovat lääkkeiden haittavaikutukset (Y40-Y59, Y880), potilaan lääketieteelliseen hoitoon liittyvät vahingot (Y60-Y69, Y881), hoitovahinkoja ja haittavaikutuksia aiheuttaneet laitteet (Y70-Y82, Y882) ja lääketieteellisten toimenpiteiden jälkeen ilmenevät haittavaikutukset (Y83-Y84, Y883).</p> <p>Tapaturmista on myös erillinen jaottelu, jossa ilmenee, missä ne ovat tapahtuneet.</p>	<p>Tilastojen mukaan mahan sisällön henkeen vetämiseen (W78) menehtyi vuonna 2006 henkilöitä 16 kpl. Lääketieteellisen hoidon haittavaikutuksiin (Y40-Y84, Y88) kuoli Suomessa yksi henkilö. Tarkennetun jaottelun mukaan kyseessä olivat lääkkeiden haittavaikutukset. Vuonna 2006 hoitolaitoksissa sattuneissa tapaturmissa kuoli yhteensä 287 henkilöä.</p>
<p>Haipro -hankkeen ensimmäisen vaiheen tulokset on julkaistu loppuraportissa. (Knuutila ym. 2007)</p>	<p>Tiedot haittatapahtumista koskevat neljän organisaation haittatapahtumailmoituksia ajalla 5/2005 – 3/2007. Vaihteleva käsitys käytetyistä luokituksista ja osallistuneiden organisaatioiden erilainen raportointiaktiivisuus ja raportointitavat vaihtelivat siinä määrin, että vahvoja johtopäätöksiä kerätystä aineistosta on vaikea tehdä.</p>	<p>Haittatapahtumailmoituksia kertyi noin 600 kpl. Kolmen organisaation tietojen perusteella enemmistön ilmoituksista laativat sairaanhoitajat ja niiden määrä vaihteli eri organisaatioissa välillä 1–7 ilmoitusta /kk/ 10 henkilöä organisaatiossa. Eniten ilmoituksia tuli lääkityspoikkeamista. Kaikki kolme organisaatiota olivat tunnistaneet läheltä piti-tilanteita ja sellaisia sattuneita vaaratapahtumia, joista ei syntynyt haittaa potilaalle, mutta myös tapahtumia, joista tuli haittaa. Niistä muutama oli joka organisaatiossa identifioitu asteeltaan kohtalaiseksi ja/tai vakavaksi.</p>

* http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/infe/tutkimus/sairalainfektioiden_seuranta_siro/

** http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/ter/ksyyt/ksyyt_fi.asp

Sairaaloiden haittatapahtumatiedon kerääminen sairaaloiden hoitoilmoitusjärjestelmän (HILMO) avulla

Sairaaloiden poisto-/hoitoilmoitusjärjestelmään (HILMO²⁸) on pitkään rekisteröity sairaalahoidon tai tutkimuksen hoitojakson aikana vaatineiden sairauksien diagnoosit. Myös komplikaatiidiagnoosien, mukaan lukien lääkehaittavaikutusten, kirjaamista on edellytetty. HILMO-järjestelmään tulee kuitenkin komplikaatiotietoa vajavaisesti kirjattuna ja usein tieto puuttuu kokonaan. Vaikka haittavaikutustieto on saatettu kirjata sairaalan sairauskertomusjärjestelmään, se ei sieltä aina välity itse hoitoilmoitukseen. Lisäksi ICD-10-tautiluokitus sekä pohjoismainen toimenpideluokitus antavat useita mahdollisia tapoja kirjata eri komplikaatioita ja käytännössä kirjaaminen onkin tapahtunut useilla eri tavoilla.

Stakes ei ole systemaattisesti julkaissut HILMO-aineistojen pohjalta laadittuja tilastoja lääketieteellisen hoidon haittavaikutuksista. Hoidon haittavaikutusten kirjaamisesta hoitoilmoitukseen ei ole annettu erillisiä ohjeita. Stakes ryhtyiikin yhteistyössä asiasta kiinnostuneiden kirurgien kanssa miettimään, miten komplikaatioiden kirjaamista ja tilastointia voitaisiin kehittää. Lääketieteellisen hoidon haittavaikutusten kirjaamiskäytännön ja tilastoinnin kehittämisen asiantuntijaryhmän päätyi käyttämään komplikaatio -sanon sijasta termiä ”haittavaikutus”. Haittavaikutus määriteltiin seuraavasti: ”Terveystieteiden ammattihenkilön ohjauksessa annettuun hoitoon tai ammattihenkilön suorittamaan toimenpiteeseen liittyvä ei-toivottu seuraamus, joka aiheuttaa normaaliin hoitoon verrattuna objektiivista lääketieteellistä haittaa potilaalle, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä hoitokustannuksia. Myös myöhempi suunnitteleman, samaan vaivaan tai sairauteen liittyvä uusintatoimenpide on haittavaikutus.”

Hoitoilmoituslomakkeeseen lisättiin työryhmän ehdotuksesta vuonna 2005 omat erilliset kentät hoidon haittavaikutustyyppille ja -diagnooseille ja kentät niistä mahdollisesti aiheutuvan/-ien uusintatoimenpiteen/-piteiden kirjaamista varten. Vuodesta 2006 lähtien lisättiin vielä pakollinen kenttä: Hoidon haittavaikutus. Jos haittavaikutus on hoitojakson eniten voimavaroja vaatinut osa, haittavaikutusdiagnoosi on hoitojakson päädiagnoosi. Toimenpideluokituksessa on joukko koodeja, jotka tarkoittavat komplikaation vuoksi suoritettuja toimenpiteitä.

Taulukko 2 kuvaa sitä, millä koodeilla haittavaikutustietoja on viimeisen kymmenen vuoden aikana koodattu ja onko koodaamisessa tapahtunut muutoksia. Kaikkiaan haittavaikutuksen/komplikaation sisältäviä hoitojaksoja sairaaloiden hoitoilmoitusrekisteriin ilmoitettiin vuonna 2007 noin 18 300, kasvua vuoteen 2000 verrattuna oli 27 % ja vuoteen 1997 verrattuna 51 %. Kaikista sairaaloiden hoitojaksoista haittavaikutushoitojaksot muodostavat noin 1,5 % ja toimenpiteellisistä hoitojaksoista noin 3,5 %.

ICD-10-luokituksessa Y-koodilla kirjataan diagnoosiin mukaan ulkoisia syitä, jotka ovat aiheuttaneet sairauden. Esimerkiksi putoaminen on tällainen ulkoinen syy. Taulukossa 3 on esimerkkejä potilasturvallisuustapahtumista, joita kirjataan hoitoilmoituksiin Y-koodeilla. Y-koodilla kirjattujen hoitojaksojen määrä on noussut noin 11 600:aan vuodessa. Y-koodien käyttö oli vielä kymmenen vuotta sitten täysin vakiintumatonta, koska uusi ICD-10-luokitusversio tuli käyttöön vain pari vuotta aikaisemmin ja ”ulkoisten syiden” luokitusta uusittiin vielä 1.1.1998. Y-luokilla tehtyjen kirjausten muutosta tarkasteltaessa vuosi 2000 on vertailuvuotena parempi. Y-koodin komplikaatioluokkien käyttö on lisääntynyt noin 40 %:lla vuosina 2000–2007. (Taulukko 2).

T-koodeilla kirjataan sairauksia, jotka ovat syntyneet hoidon ei-toivottuina tuloksina. Esimerkkejä on taulukossa 4. T-koodeilla kirjattujen komplikaatioiden määrä on kymmenessä vuodessa lisääntynyt yli 50 % ja määrä oli vuonna 2007 noin 15 400. Ns. haavakomplikaatiotoimenpidekoodeilla ilmoitettujen hoitojaksojen määrä on pysynyt noin 3 000 hoitojaksossa koko viimeisen kymmenvuotiskauden.

28 <https://www.stakes.fi/FI/tilastot/nettihilmo/index.htm>.

TAULUKKO 2. Stakesin hoitoilmoitusrekisteriin vuosina 1997–2007 ilmoitetut hoitojaksot, joissa on jokin haittavaikutus-/komplikaatiokoodi (ICD-10-luokituksen Y- tai T-koodi ks. teksti edellä)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kaikki haittavaikutus-/komplikaatiohoitojaksot*	12 087	13 424	13 345	14 405	14 354	15 347	15 772	16 430	17 635	18 415	18 280
Hoitojaksot, joissa ilmoitettu jokin Y-haittavaikutuskoodi <i>osuus kaikista komplikaatiohoitojaksoista</i>	2 813 23%	5 825 43%	7 616 57%	8 224 57%	8 141 57%	8 997 59%	9 400 60%	9 737 59%	10 851 62%	11 461 62%	11 590 63%
Hoitojaksot, joissa ilmoitettu T-alueen haittavaikutus- diagnoosi <i>näistä niiden jaksojen osuus, joissa mukana myös Y-koodi</i>	9 599 22%	10 171 45%	9 988 62%	11 042 61%	11 014 61%	12 218 63%	12 685 64%	13 685 62%	14 568 64%	15 094 65%	15 397 66%
Ns. haavakomplikaatioleikkaushoitojaksot jaksojen osuus, joissa ei muuta haittavaikutusdiagnoosi (Y- tai T-koodi)	2 891 62%	3 291 62%	2 970 64%	3 261 58%	3 147 60%	3 250 58%	3 265 55%	2 953 50%	3 051 50%	3 221 51%	2 966 47%

* Jaksot, joissa ilmoitettu ICD-10-luokituksesta joko Y- tai T-alueen haittavaikutuskoodi tai pohjoismaisen toimenpideluokituksen ns. haavakomplikaatiokoodi.

Komplikaatiohoitojaksojen kokonaismäärän kasvun voi olettaa liittyvän enemmän kirjaamiskäytäntöjen kehittymiseen kuin todellisten tapausten lisääntymiseen. Tosin Y-koodin käyttö on vielä puutteellista noin kolmasosassa hoitojaksoista. Toisaalta myös osa (n. 7 %) ns. Y-koodin haittavaikutushoitojaksoista kirjataan ilman muuta haittavaikutusta osoittavaa koodia mutta näiden osuus on viime vuosina hieman pienentynyt.

Vuoden 2007 aikana vähintään yksi haittavaikutusdiagnoosi oli rekisteröity noin 13 000:lle eri potilaalle. Vuonna 2000 potilaita oli vajaa 11 000 (nousua 18 %). Haittavaikutusilmoitusten hoitojaksoista runsas kolmasosa oli 2007 ilmoitettu yliopistollisista keskussairaaloista ja lähes kolmasosa muista keskussairaaloista. Terveyskeskussairaaloiden osuus oli lähes 15 % (yleislääkäri- ja erikoislääkärijohtoiset yhteensä) ja yksityissairaaloiden 6 %. Selvimmin nousua oli tapahtunut yksityissairaaloiden ja terveystieteiden hoitoilmoituksissa, mikä saattaa kuvata kirjaamiskäytännön kehittymistä näissä organisaatioissa.

Ylivoimaisesti eniten haittavaikutuksia ilmoitetaan sairaaloista leikkauksiin liittyen. Lääkkeeseen liittyviä haittavaikutuksia on kaikista Y-koodilla ilmoitetuista hoitojaksoista vain 4 prosenttia (taulukko 3). Lääkeainehaitat eivät näytä lisääntyneen samalla tavoin kuin kirurgiset haittavaikutukset (tai niiden kirjaamiskäytäntö on ollut vakiintuneempaa Lääkelaitoksen haittavaikutusrekisterin vaikutuksesta.)

Yksittäisistä haittavaikutuksen osoittavista diagnooseista selvästi yleisin on ollut toimenpiteen jälkeinen tulehdus. Tulehdusten määrät ovat myös selvästi lisääntyneet (taulukko 4). Erilaisiin proteeseihin (erityisesti lonkkaproteeseihin) liittyvät mekaaniset vauriot (esim. proteesin irtoamiset) ovat olleet useana vuonna lähes yhtä yleisiä, niiden määrä on kuitenkin kasvanut vähemmän kuin tulehduskomplikaatioiden määrä, vuoden 2007 tilaston mukaan hoitojaksot näyttävät kääntyneen jopa laskuun. Toimenpiteestä johtuvien verenpurkaumien osuus on jo selvästi pienempi ja niiden lisääntyminenkin vähäisempää. Taulukossa 4 on lueteltu 10 yleisintä T-alueen haittavaikutusdiagnoosia sekä lisäksi esimerkkinä eräitä harvinaisempia komplikaatioita.

TAULUKKO 3. Yleisimmät ICD-10-tautiluokituksen Y-haittavaikutuskoodilla kirjatut hoitojaksot hoitoilmoitusrekisteriin vuosina 1997–2007*

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Y83	Leikkaus tai muu kirurginen toimenpide, joka on aiheuttanut potilaassa epänormaalin reaktion tai myöhemmän komplikaation ilman että toimenpiteen aikana mainittiin vahingosta	1 431	3 470	4 751	5 381	5 166	6 204	6 460	6 394	7 014	7 978	8 142
Y84	Muu lääketieteellinen toimenpide, joka on aiheuttanut potilaassa epänormaalin reaktion tai myöhemmän komplikaation ilman että toimenpiteen aikana mainittiin vahingosta	93	376	468	493	447	471	500	617	708	785	937
Y883	Lääketieteellisen toimenpiteen jälkeen ilmenneet pitkäaikaiset haittavaikutukset ja myöhemmät komplikaatiot	494	558	699	660	891	921	1076	1272	1538	953	859
Y60	Kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon aikana vahingossa syntynyt haava, punktio, perforaatio tai verenvuoto	199	457	548	484	484	498	453	533	569	612	634
Y57	Lääkkeen tai lääkeaineen haittavaikutus	410	537	697	658	559	334	360	310	392	480	426
Y69	Määrittämätön tapaturma kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon aikana	19	107	105	141	130	124	154	193	176	145	177
Y881	Kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoitoon liittyneiden vahinkojen myöhäisvaikutukset	46	71	52	63	45	111	112	143	151	164	85
Y65	Muu tapaturma kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon aikana	44	64	66	68	51	33	45	47	106	98	81
Y79	Sattuneisiin vahinkoihin liittyvät ortopediset laitteet	17	19	29	44	47	36	63	64	44	49	71
Y80	Sattuneisiin vahinkoihin liittyvät fysikaalisessa hoidossa käytettävät laitteet		3	4	3	4	3	2	4	3	36	38

* Laskeva järjestys vuoden 2007 mukaan.

TAULUKKO 4. Stakesin hoitoilmoitusrekisteriin vuosina 1997–2007 ilmoitetut ICD-10-tautiluokituksen T-alueen haittavaikutusdiagnosit, 10 yleisintä (v. 2007 mukaan) sekä esimerkki-poimintoja muista

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
T814	Toimenpiteen jälkeinen infektio	2 365	2 538	2 580	2 807	2 894	3 395	3 466	3 831	4 290	4 436	4 805
T840	Sisäisen nivelproteesin aiheuttama mekaaninen komplikaatio	2 101	2 386	2 533	3 040	3 153	3 360	3 496	3 764	3 891	4 103	3 670
T810	Toimenpiteestä johtuva verenvuoto/verenpurkauma	1 896	2 057	1 869	1 964	1 825	2 086	2 092	2 116	2 296	2 157	2 155
T845	Sisäisen nivelproteesin (endoproteesin) aiheuttama infektio ja/tai tulehdusreaktio	448	512	496	502	509	587	719	794	874	1 024	1 112
T812	Toimenpiteessä syntynyt tapaturmainen pistohaava tai laseraatio	370	374	378	411	380	479	454	513	542	537	503
T818	Toimenpiteen muu komplikaatio	241	327	321	281	276	312	365	373	397	428	449
T813	Leikkaushaavan repeäminen	185	210	199	253	233	278	277	340	304	380	396
T841	Raajaluiden fiksaatioon käytetyn sisäisen laitteen aiheuttama mekaaninen komplikaatio	167	171	152	210	212	202	283	262	222	216	242
T819	Määrittämätön toimenpidekomplikaatio	102	79	66	70	91	85	113	98	155	176	182
T887	Määrittämätön lääkeaineen epäedullinen vaikutus	139	119	95	102	116	129	136	173	165	159	177
....												
T8468	Sisäisen kiinnityslaitteen aiheuttama infektio ja/tai tulehdusreaktio	51	114	69	63	61	67	57	43	52	46	62
T886	Ohjeen mukaan annetun oikean lääkeaineen aiheuttama anafylaktinen sokki	28	31	23	31	31	21	36	38	28	47	46
T817	Toimenpiteen verisuonikomplikaatio	26	34	28	36	22	29	27	29	40	42	40
T811	Hoitotoimenpiteen aiheuttama sokki	49	28	29	23	27	33	40	33	45	57	38
T847	Muun sisäisen ortopedisen implantin tai siirteen aiheuttama infektio ja/tai tulehdusreaktio	51	26	28	46	36	40	33	39	27	43	32
T8158	Toimenpiteen yhteydessä vahingossa kehononteloon tai leikkaushaavaan jätetty vierasesine	12	18	13	15	14	14	21	18	19	16	21
T821	Sydämen sähkölaitteen aiheuttama mekaaninen komplikaatio	6	9	14	6	13	13	1	8	12	11	17
T800	Infuusion, transfuusion tai hoitotarkoituksessa annetun injektion jälkeinen ilmaembolia	7	2	9	11	14	11	8	11	13	10	11
T816	Akuutti reaktio toimenpiteen aikana vahingossa kehoon jätettyyn vieraaseen aineeseen	4	4	3	2	7	3	6	7	8	4	7
T804	Rh-veriryhmien yhteensopimattomuudesta aiheutunut reaktio	6	9	7	4	4	3	5	2	1	5	5
T882–T885	Anestesiakomplikaatioita	12	10	8	9	11	12	5	7	7	8	5

Potilasturvallisuutta kuvaavat terveydenhuollon laatuindikaattorit

Indikaattoreita kehitetään mittareiksi, joilla voidaan arvioida ja seurata sovittuja asioita. Terveydenhuollon laatua mittaavia laatuindikaattoreita, mukaan lukien potilasturvallisuusindikaattoreita, on kehitetty kansainvälisessä yhteistyössä mm. OECD:n, EU:n, WHO:n ja Pohjoismaisen ministerineuvoston hankkeissa (Euroopan neuvoston 2006, European Commission 2007, Kristensen ym. 2007, European Union Network for Patient Safety²⁹, WHO Patient Safety³⁰, Millar ym. 2004). Indikaattoreiden kehittäminen on hidasta. Ennen kuin indikaattorilla voidaan alkaa mitata haluttua ilmiötä, sen kelpoisuus mittarina on arvioitava. Esimerkiksi OECD:n *potilasturvallisuusindikaattoreiden valinnassa käytettyjä kriteerejä* ovat seuraavat kolme: 1) Mitattava asia vaikuttaa terveyteen, 2) on päätöksentekijöiden näkökulmasta mielekäs ja 3) siihen voidaan vaikuttaa terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa parantamalla (Millar ym. 2004). Lisäksi mittarin on kyettävä antamaan luotettavasti tietoa mitattavasta ilmiöstä ja mittauskohteen täytyy olla tieteellisesti perusteltu. Mitattavan tiedon tulee vielä täyttää seuraavat vaatimukset: a) Sen tulee olla jostain saatavilla, tai kohtuullisin kustannuksin hankittavissa, b) siitä pitää saada aikasarjatietoja ja c) tiedon pitää olla vertailukelpoinen esimerkiksi eri organisaatioiden tai maiden välillä.

Indikaattorit rakennetaan yleensä yhdistelemällä eri lähteiden tietoja ja/tai poimimalla tietomassasta erilaisten luotujen sääntöjen mukaan. Olemassa olevaa tilastotietoa voidaan vain joissain tapauksissa käyttää laatuindikaattorina sellaisenaan. Suomessa ei tällä hetkellä systemaattisesti seurata potilasturvallisuusindikaattoreita kansallisesti, joskin veriturvallisuuden, lääkinnällisten laitteiden aiheuttamien vaaratapahtumien ja implanttitoimenpiteiden seuranta vastaa käytännössä potilasturvallisuuden seuranta.

OECD on siirtänyt ensimmäiset 15 terveydenhuollon laatuindikaattoriaan vuonna 2007 ”rutiinituotantoon”. Näihin ei sisälly potilasturvallisuusnäkökulmaa, mutta aiemmassa kokeilumielessä tehdyssä tiedon keräämisessä tilastojärjestelmistä (15 edellä +7) näitä on ollut kaksi (verensiirtoreaktio ja postoperatiivinen lonkkamurtuma). Vuonna 2008 Suomi tulee OECD:n asiantuntijaryhmän päätöksellä kokeilumielessä keräämään 14 potilasturvallisuusindikaattorin tiedot.

Pohjoismaisessa asiantuntijaryhmässä kehitettäviä indikaattoreita kokeillaan käytännössä aikaisintaan vuonna 2009 (Romano ym. 2007; OECD Health 2007). Tämä ryhmä on kiinnostunut erityisesti prosessi-indikaattoreista eli mittareista joilla voidaan mitata muutoksia potilasturvallisuutta edistävissä tai haittaavissa toiminnoissa. Tämä näkökulma eroaa OECD:n työstä, jossa keskitytään tulosindikaattoreihin, eli epäonnistuneen toiminnan johdosta syntyneiden haittojen määrän vaihtelun mittaamiseen.

Kansainväliset organisaatiot ovat kiinteässä yhteistyössä ja tavoitteena on, että kaikki käyttävät mahdollisimman paljon samoja indikaattoreita. Taulukkoon 5 on koottu niitä indikaattoreita, joita toistaiseksi on valittu kokeiltaviksi tai jotka muutoin ovat aktiivisen kehittämistyön kohteena EU:n Sympatie-hankkeessa (Kristensen ym. 2007; Pohjoismaisen ministerineuvoston 2007; OECD Health 2007; Agency for Healthcare³¹). Taulukossa 6 on lista erinäistä muista tieteellisesti valideiksi arvioituista indikaattoreista, jotka eivät toistaiseksi ole ”kypsiä” ainakaan kansainväliseen vertailuun. ”Kypsymättömyyden” pääsy on vaikeus kerätä asiasta luotettavaa tietoa kentältä.

Taulukon 5 indikaattoreiden lisäksi Standardisoitu sairaalakuolleisuus (HSMO)-indikaattori on käytössä rajatusti USAssa ja Kanadassa sekä kokeiltavana Tanskassa ja Ruotsissa. Kuolemat toimenpiteissä, joihin lääketieteellisesti liittyy alhainen kuolleisuus on indikaattorina puolestaan kokeilussa Ruotsissa ja Tanskassa. Organisaation potilasturvallisuuskulttuurin ja potilaiden potilasturvallisuuskokemusten mittaaminen standardoiduin lomakkein, joita ei vielä ole valittu, sisältyvät sekä Pohjoismaisen ministerineuvoston potilasturvallisuusryhmän että Sympatie-

29 <http://90plan.ovh.net/~extranetn/>.

30 <http://www.who.int/patientsafety/en/>.

31 <http://www.ahrq.gov/>.

hankkeen ehdotuksiin. Lääkitysvirhe indikaattorina, jota ei vielä ole tarkemmin kuvattu sisältyy sekä Pohjoismaiden ministerineuvoston että OECD:n työhön. Taulukkoon 6 on koottu muita yksittäisiä potilasturvallisuusindikaattori-ehdotuksia.

TAULUKKO 5. Potilasturvallisuusindikaattoreita, joita toistaiseksi on valittu kokeiltaviksi tai jotka muutoin ovat aktiivisen kehittämistyön kohteena*

Indikaattorin nimi	Käyttökelpoisuutta arvioineet tahot, kehitystilanne
Hoitoon liittyvä infektio (valikoitu joukko)	AHRQ, OECD, PMN, S
Makuuhaava	AHRQ, OECD, PMN, S
Anestesiakomplikaatio	AHRQ, OECD, PMN, S
Postoperatiivinen lonkkamurtuma	AHRQ, OECD, PMN, S
Postoperatiivinen keuhkoveritulppa tai syvä laskimoveritulppa	AHRQ, OECD, PMN, S
Postoperatiivinen sepsis (verenmyrkytys)	AHRQ, OECD, PMN, S
Tekniset vaikeudet toimenpiteen aikana (vahingossa tapahtunut punktio tai haava)	AHRQ, OECD, PMN, S
Verensiirtoreaktio	AHRQ, OECD, PMN, S.
Vierasesineen jääminen leikkausalueelle	AHRQ, OECD, PMN, S.
Vastasyntyneen vammautuminen synnytyksessä	AHRQ, OECD, PMN, S.
Synnytyksestä äidille aiheutunut trauma, alatiesynnytyksessä	AHRQ, OECD, PMN, S
Synnytyksestä äidille aiheutunut trauma keisarinleikkauksessa	AHRQ, OECD, PMN, S.
Hoidon aiheuttama (itarogeeninen) ilmarinta	OECD, S
Leikkaushaavan aukeaminen	OECD:

* AHRQ = käytössä AHRQ (Agency for Healthcare³²)

OECD = kerätty kokeiluna OECD:n laatuhankeessa (OECD 2007)

PMN = sisältyy Pohjoismaisen ministerineuvoston työsuunnitelmaan (Pohjoismaisen ministerineuvoston 2007)

S = sisältyy EU:n Sympatie -hankkeen ehdotuksiin (Kristensen ym. 2007)

TAULUKKO 6. Erinäisiä teoreettisessa tarkastelussa tieteellisesti valideiksi arvioituja indikaattoreita, jotka eivät toistaiseksi ole "kypsiä" ainakaan kansainväliseen vertailuun.

Valmistelutyötä tehnyt tah	Potilasturvallisuusindikaattoreiden nimiä
OECD:n terveydenhuollonlaatuindikaattoriryhmän potilasturvallisuuspaneeli (Millar ym. 2004)	Haavatulehdus, Ventilaattori pneumonia, väärän veren antaminen, väärälle puolelle tehty leikkaus, lääkintälaitteen aiheuttama haittatapahtuma, lääkitysvirhe, synnytysvaikeudet yleensä, potilaan kaatuminen, sairaalassa sattunut lonkkamurtuma tai potilaan kaatuminen.
Sympatie-hankkeen ehdotukset (Kristensen ym. 2007) (jotka eivät sisälly taulukkoon 5 tai mainittuihin OECD ehdotuksiin.	Haittatapahtumia kokeneiden potilaiden määrä, joukko täsmennettyjä potilasturvallisuuskulttuuri-indikaattoreita, käsien puhdistusaineiden kulutus, leikkauksen jälkeinen verenvuoto, leikkauksen jälkeinen hengitysvajaus, leikkauksen jälkeinen aineenvaihduntahäiriö, epäonnistunut pelastaminen, itsemurhariskin arviointi skitsofreniapotilaalla, antipsykoottisen lääkeaineen haittavaikutus.

32 <http://www.ahrq.gov/>.

Yhteenveto potilasturvallisuustilanteen seuraamisesta ja sen kansallisista kehittämismahdollisuuksista

Suomen terveydenhuollossa sattuu potilaille erilaisia vaaratilanteita ja haittatapahtumia, joista osa on asteeltaan vakavia (taulukko 1, taulukko 3–4). Tietoa näistä tapahtumista on vain hajanaisesti saatavilla olemassa olevista tilastoista ja rekistereistä, eikä sitä ole aiemmin koottu yhteen kokonaiskuvan saamiseksi. Tietoa on olemassa pääasiassa sairaalahoidosta. Perusterveydenhuollon ja pitkäaikaishoidon tilanne on paitsi kansallisesti, myös kansainvälisesti, pääsääntöisesti kartoittamatta. Suomi on mukana kansainvälisessä työssä, jossa kehitetään erilaisia tapoja mitata, arvioida ja raportoida potilasturvallisuustilanteeseen ja sen muutoksiin liittyvää tietoa. Kansainvälisistä selvityksistä tiedetään, että potilasturvallisuustapahtumat kirjataan työkiireiden keskellä puutteellisesti. Hoitoilmoitusrekisterissä lisääntyneet kirjaukset voidaankin tulkita positiiviseksi kehitykseksi.

Potilasturvallisuuden mittaaminen on monimutkaista, ja siksi kehittämistyö on hidasta. Kehittämistä voidaan kuitenkin tehdä niin, että tilanteen seuranta kehitetään kansallisella tasolla asteittain, jolloin melko nopeastikin saadaan päätöksentekijöiden ja toimijoiden käyttöön aiempaa enemmän tietoja.

Jatkossa, kun potilasturvallisuustapahtumien raportointia kehitetään edelleen, nousevat tärkeiksi asioiksi seuraavat:

1. Taulukossa 1 mainittujen organisaatioiden yhteistyöllä on mahdollista laatukatsaus-tyyppisen raportin valmistelun aikana varmistaa, että koottu tieto on ajantasaista ja potilasturvallisuusasioita parhaiten kuvaavaa ja käsitteellisesti yhdenmukaisella tavalla raportoitua. Tietosisältöjä vertaamalla on mahdollista parantaa kerätyn tiedon luotettavuutta. Organisaatiot voivat myös kehittää tiedonkeruidensa tietosisältöjä siten, että potilasturvallisuusnäkökulma vahvistuu.
2. HILMO-raportointijärjestelmään liittyvää haittatapahtumien raportointia on mahdollista kehittää edelleen. Perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon mukaan tulo HILMO-järjestelmään tulee aikanaan antamaan mahdollisuuden saada tietoa myös muusta perusterveydenhuollosta kuin vuodeosastohoidosta.
3. Kansainvälistä indikaattoreiden kehittämistyötä hyödyntämällä voidaan Suomeen tuoda valmiiksi kansainvälisellä tasolla validoituja indikaattoreita ja kokeilla niiden käyttömahdollisuuksia kansallisella tasolla esim. benchmarking-tyyppisessä käytössä.
4. Terveydenhuoltolainsäädännön uudistuksen yhteydessä tulee harkittavaksi, halutaanko Suomeen perustaa organisaatiotason haittatapahtumien raportointimenettely, jossa kerätään tietoa myös kansalliselle tasolle. Mikäli tällaiseen ratkaisuun päädytään, sen toteuttamiseksi tarvitaan haittatapahtumatietojen määrittely- ja luokittelutyötä ja uutta tähän tarkoitukseen kehitettyä tiedonkeruu-, analysointi- ja raportointikokonaisuutta.

Lähteet ja kirjallisuus

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>.
- Euroopan neuvoston suositus "Prevention of adverse events in health care : a systemic approach" Council of Europe - Recommendation Rec(2006)7. Hyväksytty ministerineuvostossa 24.5. 2006.
- European Commission. High level Group on Health services and medical care – Patient safety Working Group (PSWG). Recommendations on Patient Safety. EU working document 2.10. 2007.
- European Union Network for Patient Safety. EUNetPaS. <http://90plan.ovh.net/~extranetn/images/plaquette.pdf>
- HaiPro: Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä potilasturvallisuuden edistämiseen. <http://haipro.vtt.fi/> [31.10.2008].
- Händelseanalys & Riskanalys (2005) Handbook för patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsen.
- Idänpään-Heikkilä, Ulla (2005) Turvallinen hoito on yhteinen asia. Ehdotus potilasturvallisuutta edistäviksi valtakunnallisiksi linjauksiksi ja toimenpiteiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön taustamuistio <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/potilasturvallisuus/index.htx.i639.pdf> [27.10.2008].

- Isaksson R (toim.) (2007a) Säteily- ja ydinturvallisuus. Neljännesvuosiraportti 1/2007. STUK-B 78. Helsinki: STUK.
- Isaksson R (toim.) (2007b) Säteily- ja ydinturvallisuus. Neljännesvuosiraportti 2/2007. STUK-B 84. Helsinki: STUK.
- Kainulainen E (toim.) (2006 b) Säteily- ja ydinturvallisuus. Neljännesvuosiraportti 1/2006. STUK-B-YTO 248. Helsinki: STUK.
- Kainulainen E (toim.) (2006 a) Säteily- ja ydinturvallisuus. Neljännesvuosiraportti 2/2006. STUK-B-YTO 250. Helsinki: STUK.
- Knuuttila J, Ruuhilehto K, Wallenius J. (2007) Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Terveydenhuollon laadunhallinta. Helsinki.
- Knuuttila, Jari & Tamminen, Anna (2004) Turvallinen hoitoyksikkö – Malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan. Lääkelaitoksen julkaisusarja 2/2004 Terveydenhuollon laadunhallinta. Helsinki. http://www.laakelaitos.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Riskinhallinta_julkaisu_verkko_1_.pdf [31.10.2008].
- Kristensen S, Mainz J, Bartels P. (2007) Establishing a Set of Patient safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SimPatIE – Work Package 4. Office for Quality Indicators. Aarhus.
- Kuolemansyyt. Tilastokeskus. Tilastotietokannat. http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/Ter/ksyyt/ksyyt_fi.asp [31.10.2008].
- Leikkausalueen infektiot ortopediassa vuosina 1999–2005. Sairaalaainfektioiden seuranta, Siro. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B19/2007. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b19.pdf.
- Lääkevahinkovakuutuspooli. <http://www.laakevahinkovakuutuspooli.fi/asp/system/empty.asp?P=276&VID=default&SID=606775238953350&S=1&C=22503> [31.10.2008].
- Millar John, Matke, Soeren and the members of the OECD patient Safety Panel (2004) Selecting Indicators for patient safety at the Health System Level in OECD Countries. Paris: OECD Health Technical Papers. DELSA/ELISA/WD/HTP(2004)18.
- Hoitoilmoitustietokannat (Netti-Hilmo). <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/nettihilmo/index.htm> [31.10.2008].
- Nieminen J, Kuusela-Korva T, Saarela J, Mussalo-Rauhamaa H, Riihelä K. (2007) Terveydenhuollon kantelut Etelä-Suomen lääninhallituksen Helsingin palveluyksikössä 1998–2005. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 114/ 2007. Helsinki.
- OECD Health Care Quality Indicators, Patient Safety. Asiantuntijaryhmän esittelydokumentti HCQI asiantuntijaryhmälle Pariisissa 25–26.10 2007. DELSA/HEA/HCQ(2007)6.
- Ojala M, Saario I, Virtanen M, Nylander O, Vasenius J, Lindberg O, Luhtala R, Mikkola P, Niemi M, Pelanteri S, Rintanen H, Välimäki M. Lääketieteellisen hoidon häiritsevien vaikutusten kirjaamiskäytännön ja tilastoinnin kehittämisen asiantuntijaryhmän raportti. Stakes työpapereita 6/2007. Helsinki.
- Patient Safety. WHO. <http://www.who.int/patientsafety/en/>.
- Pohjoismaisen ministerineuvoston potilasturvallisuuden työsuunnitelma. Luovutettu ministerineuvostolle hyväksyttäväksi joulukuussa 2007.
- Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto (2006) Työpapereita 28. Helsinki: Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf> [18.10.2007].
- Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä. Asettamispäätös STM65:00/2006. http://www.hare.vn.fi/mHankePerusSelaus.asp?h_ild=11910.
- Potilasturvallisuussivusto. Stakes. <http://sty.stakes.fi/FI/potilasturvallisuus/index.htm>.
- Potilasturvallisuutta yhdessä edistämään. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2007:6. Helsinki. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/11903/index.htx> [31.10.2008].
- Potilasvakuutuskeskus. <http://www.potilasvakuutuskeskus.fi/>.
- Romano, Patrick and the OECD Health Division (2007) Selecting Indicators for patient safety at the Health System level in OECD Countries. Working document presented at HCQI Patient Safety Group expert meeting held 24 October 2007. Pariisi: OECD. <http://www.oecd.org/dataoecd/44/29/39495326.pdf> [31.10.2008].
- Sairaalaainfektioiden seuranta, Siro. Kansanterveyslaitos. http://www.ktl.fi/portal/suomi/osatot/infe/tutkimus/sairaalaainfektioiden_seuranta__siro/ [31.10.2008].
- Sairaalaainfektio-ohjelma (SIRO). Kansallinen sairaalaainfektioiden prevalenssitutkimus 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 24/2005. Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- Sairaalojen hoitoilmoitusjärjestelmä HILMO. <https://www.stakes.fi/FI/tilastot/nettihilmo/index.htm>.
- Seitsonen Hannu. Ilmoitetut vaaratilanteet vuosina 2005 ja 2006. Teoksessa TABU 3/2007, Lääketietoa Lääkelaitokselta. Helsinki, 33–34. http://www.laakelaitos.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/tabu_tabu32007.pdf [31.10.2008].
- Suomen lääketilasto (2006) Helsinki: Lääkelaitos ja Kela, 38–40.
- Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallitusten ratkaisuja 2005. (2005) Helsinki: Terveydenhuollon oikeusturvakeskus.
- The 2004 Implant Yearbook on Orthopaedic Endoprostheses (2006) Lääkelaitoksen julkaisu 2/2006. Helsinki. http://www.nam.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Yearbook_2004.pdf [31.10.2008].
- The 2005 Dental implant yearbook. The Finnish Dental Implant Register. Lääkelaitoksen julkaisuja 4/2006. Helsinki. http://www.laakelaitos.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Dental_Implant_Yearbook_2005.pdf [31.10.2008].
- Turvallinen lääkehoito (2005) Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 2005:32. Helsinki. <http://www.stm.fi/>

- Resource.phx/hankk/hankt/potilasturvallisuus/index.htx.i640.pdf [31.10.2008]
- Uudistettu potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 19.12. 2007. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. <http://sty.stakes.fi/FI/potilasturvallisuus/sanasto/sanasto.htm> [27.20.2008].
- Veripalvelu.Veriturva. www.veripalvelu.fi/veriturva.
- Verivalmisteiden käytön opas 2007. (2007) Helsinki: Suomen Punaisen Ristin veripalvelu SPR.
- Veriviljelypositiiviset sairaalainfektiot vuosina 1999-2006. Sairaalainfektioiden seuranta, Siro. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 20/2007. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b20.pdf.
- Virtanen M., Vasenius J., Lindberg O., Niemi M. & Saario, I. (2005) Uusi työkalu hoidon laadun varmistukseen. Suomen Lääkärilehti 40, 4015-4020.
- WHO Europe. Patient safety in Europe. Baseline regional survey 2004-2005. WHO Europe, Denmark 2007. <http://www.who.int/patientsafety/en/>.
- Øvretveit J. (2007) Economics and effectiveness of interventions for improving quality and safety of health care - A review of research. Karolinska Institutet. Medical Management Centre. Report June 2007.

4.3 Väestö- ja asiakastyytyväisyys

Tyytyväisyys sosiaali- ja terveystalveluihin väestökyselyjen ja viranomaiskäsittelyjen perusteella

TERÄVÄINEN RITVA JA RÖNNBERG KAJ

Väestökyselyjen mukainen tyytyväisyys hyvinvointipalveluihin vuosina 2004 ja 2006

Sosiaali- ja terveystalveluiden käytöstä ja asiakkaiden mielipiteistä on väestötasolla kerätty ennen 2000-lukua vähän tietoja. Väestötason tietojen kerääminen kohdistui aiemmin enemminkin esimerkiksi lainmuutoksen vaikutuksiin ja mielipiteisiin sosiaaliturvan uudistuessa. Sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaisuudesta väestökyselyjä ei tehty kuin osana jotain muuta tutkimusta.

Vuodesta 2004 osana laajaa Stakesin joka toinen vuosi toteuttamaa systemaattista hyvinvointitarkastusta, on kysytty myös suomalaisten mielipiteitä ja luottamusta sosiaali- ja terveystalveluja ja niitä tuottavaa henkilöstä kohtaan. Laajan kyselytutkimuksen tavoitteena on tuottaa ajantasaista, luotettavaa ja kattavaa tietoa suomalaisten hyvinvoinnista ja hyvinvointipalveluiden käytöstä. Otokoko on ollut 4 000–5 000 henkeä. Vastaukset ovat yleistettävissä koskemaan koko 18–79-vuotiasta Manner-Suomen väestöä. (Kautto 2006; Moisio 2008.)

Sosiaalipalvelut

Vuoden 2004 tulosten mukaan miehistä suurin osa (81 %) oli tyytyväinen nykyiseen sosiaalipalvelujärjestelmän toimivuuteen tai parantaisi sitä pienin muutoksin. Naisista myönteisesti suhtautui pienempi osa (71 %). Kyselyn merkittävä päätulos oli myös se, että pääosa kansalaisista toivoi, ettei sosiaalipalveluja tarvitsisi hakea. Sinänsä ymmärrettävä toive, mutta sen kohdistuminen myös kotihoitoon herättää huolestuttavia kysymyksiä. Vuonna 2006 sosiaalipalveluja käyttäneiltä kysyttiin arvioita palvelujen laadusta. Päivähoito-, vanhus-, vammais- ja kotipalveluja käyttäneet olivat aineiston mukaan tyytyväisempiä kuin toimeentulotukea tms. tai neuvonta-apua kunnan sosiaalitoimelta hakeneet. (Muuri 2006.)

Vuoden 2006 tulosten mukaan suomalaiset ovat pääosin tyytyväisiä niin sosiaalipalvelujärjestelmään kuin sen työntekijöiden ammattitaitoon. Erityisesti nuoret luottavat niin järjestelmään kuin henkilöstön ammattitaitoon, iäkkäämmät sen sijaan ovat kriittisempiä. Myös naiset ja palveluja käyttäneet ovat jonkin verran kriittisempiä kuin miehet tai ne, jotka eivät palveluja käyttäneet. Nämä erot eivät ole vähentyneet verrattuna edelliseen vuoden 2004 tarkasteluun. Tulot tai asuinpaikka eivät näytä vaikuttavan mielipiteisiin sosiaalipalveluista. Mielenkiintoinen havainto on, että suomalaiset luottavat enemmän itse työntekijöiden ammattitaitoon kuin sosiaalipalvelujärjestelmään kokonaisuutena. Eniten luottamusta suomalaisissa herättivät lasten päivähoito ja sosiaalityöntekijän neuvontapalvelut, vähiten toimeentulotuki. (Muuri 2008.)

Terveystalvelut

Vuoden 2004 tulosten mukaan kokonaisuutena terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan oltiin varsin tyytyväisiä. Perusteellisia muutoksia terveydenhuoltojärjestelmään toivoi noin viidennes väestöstä. Erityisistä kehittämiskohteista esille nousi hoitoon pääsyn nopeuttaminen. Eniten halettiin nopeuttaa lääkärin ja sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen pääsyä. Myös hoitopaikan

valintaan liittyvää vapautta ja hoidon laatua koskevaa tiedonsaantia haluttiin parannettavan sekä potilaalle koituvia kustannuksia alennettavan. Suurin osa väestöstä kaikissa ikä- ja tuloluokissa oli sitä mieltä, että nykyinen terveydenhuoltomenojen taso on riittävä ja terveydenhuollon rahoittamista pääosin verovaroin pidetään edelleen keskeisenä periaatteena. (Klavus 2006.)

Vuoden 2006 tulosten mukaan hoidon saatavuudessa ei ollut tapahtunut olennaisia muutoksia edellisiin tutkimuskertoihin verrattuna. Palvelujen puute tai etäisyys palvelupisteeseen oli tutkimuksen mukaan suurin yksittäinen hoidon saatavuutta haitannut tekijä. Seuraavaksi merkittävimmät syyt olivat rahan puute ja epäily siitä, ettei hoidosta ole hyötyä. Väestön tyytyväisyys palvelujärjestelmän toimintaan oli joltain osin parantunut. Tyytymättömyys terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyyn oli kuitenkin vähentynyt koko maassa. Sen sijaan tyytymättömyys terveyskeskushammaslääkärin vastaanotolle pääsyyn oli kasvanut, varsinkin vanhemmissa ikäryhmissä. (Klavus 2008.)

Väestön tyytyväisyys terveydenhuoltoon Suomessa Eurobarometrin mukaan

Eurobarometrimitauksia³³ on tehty vuodesta 1973 lähtien. Sen jälkeen kun Suomi liittyi Euroopan unioniin, näitä väestökyselytutkimuksia on tehty myös meillä. Vastaajia on yleensä kussakin maassa noin 1000. Kysymysten muoto on muuttunut jonkin verran vuosien aikana ja nykyisin esimerkiksi kansallisia kysymyksiä on aiempaa vähemmän.

Vuonna 1996 ja 1998 tyytyväisyyttä terveydenhuoltoon tiedusteltiin kysymällä ”miten tyytyväisiä vastaajat olivat siihen, miten terveydenhuolto on hoidettu Suomessa”. Erittäin tyytyväisten ja melko tyytyväisten osuus oli 86 % vuonna 1996 ja 81 % vuonna 1998. Tyytyväisyystilastossa Suomi sijoittui toiseksi Euroopan maiden vertailussa. Parhaaksi sijoittui molempina vuosina Tanska ja Suomi toiseksi parhaaksi.

Vuonna 2003 tyytyväisyyttä terveydenhuoltoon kysyttiin hieman eri tavalla kuin aiemmin, eli kysymällä ”miten hyvin oman maan terveydenhuoltojärjestelmä toimii”. Ensimmäiselle sijalle tyytyväisyydessä sijoittunutta Suomea seurasivat Luxemburg, Itävalta, Belgia ja Ranska. Tanska oli tässä kyselyssä kuudennella sijalla.

Vuosien kuluessa ja jäsenmaiden lukumäärän kasvaessa kyselyt ovat keskittyneet yhä vahvemmin Euroopan unionin yhteisiin kysymyksiin ja maiden välisiin vertailuihin. Vuoden 2007 Eurobarometrissä kysyttiin muun muassa, uskooko vastaaja oman maansa sosiaaliturvan ja terveydenhuoltojärjestelmän paremmuuteen suhteessa EU-maiden keskitasoon. Suomi sijoittui sosiaaliturvan paremmuusarvioissa ensimmäiseksi ja terveydenhuoltojärjestelmän paremmuusarvioissa kolmanneksi.

Vuonna 2007 kysyttiin lisäksi, mitkä olivat vastaajien mielestä Suomessa kaksi tärkeintä kysymystä, jotka vaativat ratkaisua. Kaikkein eniten kansalaisia huolestutti terveydenhuoltojärjestelmä (40 %) ja työttömyys (37 %). Kansalaiset ovat pitäneet näitä kahta ratkaisua vaativaa kysymystä kaikkein tärkeimpinä jo useammassa mielipidemittauksessa. Nyt terveydenhuolto nousi ensimmäistä kertaa tärkeimmäksi huolenaiheeksi. Koko EU:n tasolla vastaavat luvut tärkeimmistä ratkaisua vaativista kysymyksistä olivat tärkeysjärjestyksessä: työttömyys 34 %, rikollisuus 24 %, taloudellinen tilanne 20 % sekä terveydenhuoltojärjestelmä ja hintojen nousu/inflaatio, molemmat 18 %.

33 http://ec.europa.eu/public_opinion/standard_en.htm.

Kansalaisten tyytyväisyys sosiaali- ja terveydenhuoltoon viranomaisvalvonnan valossa

Potilasvakuutuskeskus³⁴

Potilasvahinkokeskukselle tehtiin vuonna 2007 lakisääteisen potilasvakuutuksen perusteella 7 936 vahinkoilmoitusta. Vuonna 2007 ratkaistuista potilasvahingoista korvattavaksi todettiin 2 402 tapausta (n. 28 %). Korvattujen potilasvahinkojen määrä on pysynyt samalla tasolla koko 2000-luvun. Korvatuista vahingoista 90 % on hoitovahinkoja, infektiovahinkoja oli 7 % ja muita vahinkoja 3 %. Kaikista korvatuista vahingoista runsas viidennes oli tapahtunut yksityisellä sektorilla ja muut julkisella sektorilla. Yleisimmät korvattavat hoitovahingot olivat sattuneet raajamurtumien leikkauksen ja muun hoidon yhteydessä sekä polven ja lonkan tekonivelleikkauksissa.

Lääkevahinkovakuutuspooli³⁵

Suomessa kulutukseen luovutettavia lääkkeitä maahantuovilla, valmistavilla, myyvillä ja tutkimustoimintaa harjoittavilla on lääkevahinkovakuutus. Lääkevahinkovakuutuspoolin muodostavat vahinkovakuutusyhtiöt. Vuonna 2007 lääkevahinkoilmoituksia saapui 218 kappaletta, joista korvattavia lääkevahinkoja oli 58 % ja evättyjä vahinkoilmoituksia 42 %.

Eduskunnan oikeusasiamies³⁶

Oikeusasiamiehelle tuli vuonna 2007 edellisvuotta vähemmän kanteluita. Kanteluita kirjattiin viime vuonna yhteensä 3 397 (edellisenä vuonna 3 620). Oikeusasiamies ratkaisi vuonna 2007 hieman aikaisempaa enemmän kanteluita. Ratkaisuja tehtiin 3 544 (edellisenä vuonna 3 529).

Viimeisten kymmenen vuoden ajan suurin osa kanteluista on koskenut sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Vuonna 2007 näitä alueita käsitteli lähes kolmasosa oikeusasiamiehen ratkaisuista. Sosiaaliturvaa koski 700 ratkaisua, niistä sosiaalihuoltoa 424 ja sosiaalivakuutusta 276. Terveysturvan kanteluita oikeusasiamies ratkaisi 374. Terveysturvan koskevista kanteluista johti viime vuonna oikeusasiamiehen toimenpiteeseen lähes 17 % ja sosiaaliviranomaisia koskevista kanteluista noin 19 %.

Oikeusasiamiehen kannanotot ovat viime vuosina usein koskeneet kunnan velvollisuutta järjestää terveydenhuoltoa. Toisaalta on ollut kyse järjestämisvelvollisuuden laajuudesta ja toisaalta palveluiden järjestämisestä kohtuullisessa ajassa.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus³⁷

Valvonnan tehtäväalueella tuli vuonna 2007 vireille lähes 1 000 uutta asiaa ja 712 vireille tullutta asiaa ratkaistiin. Lääninhallitusten käsiteltäväksi siirrettiin lisäksi 255 kantelua. Valvonta-asioita oli 20 % enemmän kuin edellisvuonna. Kantelujen määrän lisääntyminen johtuu monista syistä. Kansalaiset tietävät oikeutensa entistä paremmin. Lääketieteen teknologian ja lääkkeiden kehittyminen lisäävät hoitomahdollisuuksia ja hoidon kysyntää. Myös hoitoon pääsyyn liittyvät kysymykset sekä TEOn muuttuneet tehtävät terveydenhuollon valvonnassa ovat olleet paljon esillä julkisuudessa, mikä voi lisätä kanteluiden määrää. Organisaatioiden valvontaan liittyvissä kanteluissa selvitettiin aiempaa enemmän terveydenhuollon toimintayksiköiden toimintakäy-

34 <http://www.pvk.fi>.

35 <http://www.lvp.fi>.

36 <http://www.oikeusasiamies.fi/Resource.phx/eoa/julkaisut/toimintakertomukset.htx>.

37 <http://www.teo.fi/>.

täntöjen, hoitoprosessien ja ohjeiden asianmukaisuutta. Ilmoituksen perusteella vireille tulleista asioista suurin osa koskee lääkkeiden määräämiseen ja terveydenhuollon henkilöstön päihde- ja lääkeriippuvuuteen liittyviä asioita.

Lähteet

- Kautto, Mikko (toim.) (2006) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes.
- Klavus, Jan, Pekurinen, Markku, Nguyen, Lien & Häkkinen, Unto (2006) Väestön kokemukset, mielipiteet ja odotukset terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) (2006) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes.
- Klavus, Jan, Kaipiainen, Satu, Nguyen, Lien & Pekurinen, Markku (2008) Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset. Teoksessa Moisio Pasi, Karvonen Sakari, Simpura Jussi, Heikkilä Matti (toim.). (2008). Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki Stakes.
- Moisio Pasi, Karvonen Sakari, Simpura Jussi, Heikkilä Matti (toim.). (2008). Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki Stakes.
- Muuri, Anu (2006) Sosiaalipalvelut vuonna 2004 – Väestön mielipiteitä ja asiakkaiden palvelukokemuksia. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) (2006) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes.
- Muuri, Anu (2008). Sosiaalipalveluja kaiken ikää ja kaikille? Teoksessa Moisio Pasi, Karvonen Sakari, Simpura Jussi, Heikkilä Matti (toim.). (2008). Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki Stakes.

Asiakastyytyväisyys palveluihin

Potilas/asiakastyytyväisyys – Stakesin Potilaan näkökulma -lomakkeistolla mitattuna

SALLA SAINIO JA OUTI RÄIKKÖNEN

Taustaa

Stakes on vuodesta 1995 alkaen tarjonnut terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön potilastyytyväisyyskyselyjä sekä niihin liittyvää tallennus- ja tulostuspalvelua. Stakesin kyselylomakkeiden käyttö on lisääntynyt vähitellen, mutta on nykyään jo melko kattavaa, varsinkin erikoissairaanhoidossa. Suomessa ei ole muita laajassa käytössä olevia potilastyytyväisyysmittareita.

Lomakkeita on kuusi erilaista:

- Sairaalahoidon laatu (vuodesta 1995)
- Polikliinisen hoidon laatu (1997)
- Terveysaseman hoidon laatu (1998)
- Yleislääkärin hoidon laatu (1998)
- Ensihoidon laatu (2004)
- Hammashoidon laatu (2004)

Mittareiden kehittelystä ovat alun perin vastanneet eri tahot. Sairaala-lomakkeet ja poliklinikkalomakkeet ovat Helsingin kaupungin Yhdysvalloista hankkimat, kääntämät ja testaamat. Myös terveysasema-lomake on kehitetty Helsingin terveyskeskuksessa ja ensihoidon lomake Helsingin pelastuslaitoksella. Yleislääkäri-lomake on eurooppalaisen yhteistyöelimen EQuIP:n kehittämä, ja hammashoidon lomakkeen on tehnyt hammaslääkäreistä koottu työryhmä Suomessa.

Organisaatiot suunnittelevat – halutessaan yhdessä Stakesin kanssa – potilastyytyväisyystutkimuksen, päättävät ajankohdan, lomakemallin ja otoksen suuruuden. Stakes toimittaa organisaatiolle lomakkeet keruuta varten, ja huolehtii palautuneiden lomakkeiden tallennuksesta ja tulosten analysoinnista. Eri organisaatioiden aineistoista kertyy kumulatiivinen aineisto, joka toimii vertailuaineistona organisaation omille tuloksille ja johon tässä katsauksessa esitettävät tulokset perustuvat.

Tässä katsauksessa esitellään lyhyesti sairaala-, polikliinisen, terveysasema- ja hammashoidon lomakkeilla saatuja tuloksia potilastyytyväisyydestä. Yleislääkäri- ja ensihoito-lomakkeiden käyttö on ollut melko vähäistä, joten niiden tuloksia ei tässä esitellä.

Menetelmä: Lomakkeiden esittely

Suurin osa kyselylomakkeiden kysymyksistä on viisiportaisen Likert-asteikon kysymyksiä (5 = erinomainen, 1 erittäin huono). Hammashoidossa käytetään kouluarvosana-asteikkoa 4 (= huono) – 10 (= erinomainen). Lomakkeet sisältävät myös yhdestä kahteen vapaamuotoista kysymystä hoidon laadusta. Kaikissa lomakkeissa kysytään lisäksi taustatietoja vastaajasta (esim. ikä, sukupuoli, koulutus, äidinkieli), palvelusta (palveluntuottaja, erikoisala, ajankohta) ja toimialakohtaisia kysymyksiä (esim. sairaalassaoloaika, hoidonantaja). Tässä raportoidaan ainoastaan Likert-asteikkoisilla kysymyksillä kerättyä tietoa.

Mittareiden kehittämiseen on osallistunut substanssin asiantuntijoiden lisäksi menetelmäsi-
antuntijoita. Uudet mittarit on aina esitettävä yksiköissä ja niihin on tehty tarvittavat muutokset testauksen perusteella. Näin on pyritty varmistamaan mittareiden validius. Mittareiden sisäinen johdonmukaisuus selvitettiin Cronbachin alpha -kertoimella. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Potilaan näkökulmaa arvioivien mittareiden Likert-asteikollisten kysymysten lukumäärä ja sisäinen johdonmukaisuus

	Kysymysten lukumäärä	Sisäinen johdonmukaisuus
Sairaalahoidon laatu -mittari	25	0,944
Polikliinisen hoidon laatu -mittari	41	0,963
Terveysaseman hoidon laatu -mittari	41	0,976
Hammashoidon laatu -mittari	28	0,953

Sairaalahoidon laatu

Vanhemmassa, vuosien 2001-2002 aineistossa oli 13 047 vastausta ja uudemmassa, vuosien 2005–2006 aineistossa 15 422 vastausta. Vastauksista suurin osa on sairaanhoitopiirien sairaaloista (vanhemmassa aineistossa 92 % ja uudemmassa 86 %). Loput vastaukset ovat pääosin terveyskeskusten vuodeosastoilta. Vuosien 2005–2006 aineistossa pieni osa vastauksista tuli varuskuntasairaaloista. Potilaat arvioivat molempina ajankohtina hoitajien ja muun henkilökunnan toiminnan hieman lääkäreiden toimintaa paremmaksi. Heikoimpia arvioita potilaat antoivat ympäristöön liittyviin kysymyksiin. Potilaiden tyytyväisyys oli vuosien 2005–2006 aineistossa hieman parempi kuin vuosien 2001–2002 aineistossa. Seuraavassa taulukossa 2 esitetään joidenkin keskeisimpien kysymysten tulokset. Liitetaulukossa 1 on kaikkien kysymysten tulokset pääpiirteissään hoitoprosessin mukaisessa järjestyksessä.

TAULUKKO 2. Sairaalahoidon laatu: potilaan näkökulma vuosina 2001–2002 ja 2005–2006, esimerkkinä osa kysymyksistä

	Vuodet 2001 ja 2002 (n = 13 047)			Vuodet 2005 ja 2006 (n = 15 422)		
	Keskiarvo ¹	Standardi-poikkeama	n	Keskiarvo ¹	Standardi-poikkeama	n
Vastaanottoon liittyvät toimintatavat	4,1	0,76	12 519	4,2	0,74	14 889
Yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen	4,2	0,69	12 264	4,3	0,69	14 570
Ongelmien huomioon ottaminen	4,3	0,66	12 284	4,3	0,69	14 537
Ohjeet: tiedonsaanti tulevista tutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä	4,2	0,75	12 477	4,2	0,77	14 765
Hoitajien ammattitaito	4,5	0,61	12 334	4,5	0,62	14 699
Hoitajien käytös	4,5	0,62	12 568	4,6	0,60	15 000
Lääkäreiden käytös	4,3	0,73	12 135	4,4	0,70	14 560
Lääkäreiden ammattitaito	4,4	0,68	11 883	4,4	0,69	14 139
Lääkäreiltä saatu informaatio	4,2	0,80	11 504	4,2	0,81	13 763
Ilmapiirin levollisuus	3,9	0,85	12 469	4,0	0,85	14 745
Osaston tilat	3,8	0,79	12 302	3,9	0,78	14 553
Kotiuttamisohjeet	4,3	0,66	11 150	4,3	0,68	13 295
Sairaalahoidon vaikutus	4,3	0,70	9 923	4,3	0,72	12 841
Halukkuus tulla uudestaan (min = 1 - max = 4)	3,7	0,51	12 316	3,7	0,55	14 653

¹ Asteikko: 1 huono – 5 erinomainen.

Polikliinisen hoidon laatu

Polikliinisen hoidon laatu -lomaketta on käytetty vuodesta 2005. Aineistoa on kertynyt 14 palveluntuottajalta (sairaanhoitopiireistä ja terveyskeskuksista). Tässä katsauksessa käytetään kaikkea sitä aineistoa, joka on kertynyt vuoden 2005 huhtikuun alusta vuoden 2007 huhtikuun loppuun. Vastauksien yhteismäärä on 29 908. Polikliinisen hoidon laadun vuosien 2005–2007 potilaat arvioivat parhaimmaksi hoitoon ilmoittautumisen ja hoitajan vastaanoton osalta. Odotusajat ja ympäristö saivat heikoimmat arviot. Taulukossa 3 (s. 126) esitetään joidenkin keskeisimpien kysymysten tulokset. Liitetaulukossa 2 on kaikkien kysymysten tulokset pääpiirteissään hoitoprosessin mukaisessa järjestyksessä.

Terveysaseman hoidon laatu

Terveysaseman hoidon laatu-lomaketta on käytetty vuodesta 1999. Aineistoa on kertynyt useilta palveluntuottajalta (terveyskeskukset ja varuskunnat). Tässä katsauksessa käytetään 34 palveluntuottajan (9 varuskuntaa, 25 terveyskeskusta) aineistoa vuoden 2005 huhtikuun alusta vuoden 2007 toukokuun loppuun. Vastauksien yhteismäärä on 18 052. Asiakkaat antoivat hieman parempia arvioita terveydenhoitajien toiminnasta kuin lääkärin toiminnasta. Tyytymättömmimpiä vastaajat olivat odotusaikoihin ja ympäristöön. Taulukossa 4 (s. 127) esitetään joidenkin keskeisimpien kysymysten tulokset. Liitetaulukossa 3 on kaikkien kysymysten tulokset pääpiirteissään hoitoprosessin mukaisessa järjestyksessä.

Hammashoidon hoidon laatu: potilaan näkökulma

Hammashoidon laatu -lomaketta on käytetty vuodesta 2004. Aineistoa on kertynyt terveyskeskusten ja varuskuntien hammashoitoloista. Tässä katsauksessa käytetään 26 palveluntuottajan (6 varuskunnista, 20 terveyskeskuksista) aineistoa vuoden 2006 helmikuun alusta vuoden 2007 lokakuun loppuun. Vastauksien yhteismäärä on 8094. Viides osa vastaajista sai kiireellistä hoitoa tai ensiapuhoitoa. Suurin osa heistä oli käynyt hammaslääkäri-hammashoitaja-työparin tai hammaslääkärin vastaanotolla. Asiakkaat olivat tyytyväisimpiä hoitotilanteeseen. Tiedonsaantiin liittyviin kysymyksiin annettiin hieman huonompia arvioita ja heikoimmat arviot, tosin nekin olivat hyviä, annettiin yhteydenotosta ja ympäristöstä Taulukossa 5 (s. 128) esitetään joidenkin keskeisimpien kysymysten tulokset. Liitetaulukossa 4 on kaikkien kysymysten tulokset pääpiirteissään hoitoprosessin mukaisessa järjestyksessä.

TAULUKKO 3. Polikliinisen hoidon laatu: potilaan näkökulma (huhtikuu 2005 – huhtikuu 2007), esimerkkinä osa kysymyksistä

	Yleinen			Lääkärin vastaanotto			Hoitajan vastaanotto		
	Keskiarvo ¹	Standardi- poikkeama	n	Keskiarvo ¹	Standardi- poikkeama	n	Keskiarvo ¹	Standardi- poikkeama	n
Odotusaika lähetteen saamisesta polikliinikalle pääsyyn	3,9	0,91	27 171						
Poliklinikalta etukäteen saatujen ohjeiden selkeys ja riittävyys	4,1	0,67	26 931						
Tiedonsaanti ilmoittautumisessa	4,3	0,65	27 982						
Odotusaika vastaanotolle				3,9	0,94	21 367	4,4	0,69	11 040
Ammattitaito vastaanotolla				4,4	0,69	21 521	4,5	0,61	11 480
Tiedonsaanti terveydestä vastaanotolla				4,3	0,76	21 309	4,3	0,69	10 904
Mahdollisuus osallistua vastaanotolla				4,1	0,82	19 673	4,2	0,74	10 323
Jatkohoito-ohjeet vastaanotolla				4,3	0,74	20 955	4,4	0,66	10 795
Vuorovaikutus vastaanotolla				4,3	0,74	21 655	4,5	0,62	11 599
Liikkuminen terveysasemalla: opasteet ja ohjeet	3,9	0,76	27 514						
Hoidon arviointi				4,4	0,71	20 562	4,5	0,61	11 346
Palvelu poliklinikalla hyvää (1 täysin eri mieltä --- 4 täysin samaa mieltä)	3,7	0,56	27 261						

¹⁾ Asteikko: 1 huono – 5 erinomainen.

TAULUKKO 4. Terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma (huhtikuu 2005 – toukokuu 2007), esimerkkinä osa kysymyksistä

	Yleinen			Lääkärin vastaanotto			Hoitajan vastaanotto		
	Keskiarvo ¹	Standardi- poikkeama	n	Keskiarvo ¹	Standardi- poikkeama	n	Keskiarvo ¹	Standardi- poikkeama	n
Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle	3,7	0,96	14 798						
Puhelimeen vastanneen henkilökunnan ammattitaito	4,1	0,73	14 128						
Tiedonsaanti ilmoittautumisessa	4,2	0,71	12 660						
Odotusaika vastaanotolle				3,7	0,99	6 580	4,1	0,86	5 227
Ammattitaito vastaanotolla				4,2	0,79	6 715	4,3	0,71	5 370
Tiedonsaanti vastaanotolla				4,2	0,80	6 668	4,3	0,71	5 320
Jatkohoito-ohjeet vastaanotolla				4,2	0,78	6 538	4,3	0,70	5 167
Terveysneuvonta vastaanotolla				4,0	0,84	5 893	4,2	0,76	4 928
Vuorovaikutus vastaanotolla				4,2	0,85	6 688	4,4	0,72	5 342
Liikkuminen terveysasemalla: opasteet ja ohjeet	4,0	0,73	15 593						
Hoidon arviointi				4,2	0,79	6 221	4,4	0,71	5 399
Palvelu terveysasemalla (1 täysin eri mieltä --- 4 täysin samaa mieltä)	3,4	0,67	16 170						

¹⁾ Asteikko: 1 huono – 5 erinomainen.

TAULUKKO 5. Hammashoidon laatu: potilaan näkökulma (helmikuu 2006 – lokakuu 2007) esimerkkinä osa kysymyksistä

	Keskiarvo ¹	Standardi- poikkeama	n
Puheluun vastaamisen nopeus ajanvarauksessa	8,2	1,30	6 942
Ajanvarauksen henkilökunnan ammattitaito ja kyky arvioida hoidon tarve	8,6	1,06	7 258
Odotusaika ajanvarauksesta hoitoon pääsyyn	7,7	1,79	7 515
Mahdollisen jatkohoitoajan saannin helpous	8,2	1,45	6 633
Hoitoon pääseminen sovittuna aikana	8,7	1,25	7 826
Tiedon antaminen suunnitellusta hoidosta	8,9	1,06	7 726
Rauhallisuus ja häiriöttömyys	9,2	0,87	7 922
Toimenpiteistä kertominen hoitotilanteessa	9,0	1,05	7 870
Kivun huomioiminen ja kivun lievitys	9,1	0,98	6 876
Hammashoitopelon huomioiminen	8,9	1,16	5 962
Mahdollisuus itse vaikuttaa hoitoon	8,6	1,24	6 967
Neuvonta suun ja hampaiden kotihoidosta	8,8	1,20	7 225
Mahdollisuus saada yhteys hammaslääkäriin	8,3	1,36	6 390
Yleisarvosana palvelusta ja hoidosta	9,2	0,85	7 833
Avun saaminen vaivaan	9,2	0,95	7 637
Kustannusten kohtuullisuus	8,5	1,24	6 618

¹⁾ Asteikko: 1 huono – 5 erinomainen.

LIITETAULUKKO 1. Sairaalahoidon laatu: potilaan näkökulma vuosina 2001–2002 ja 2005–2006

	Vuodet 2001 ja 2002 (n = 13 047)			Vuodet 2005 ja 2006 (n = 15 422)		
	Keskiarvo ¹	Standardi- poikkeama	n	Keskiarvo ¹	Standardi- poikkeama	n
Vastaanottoon liittyvät toimintatavat	4,1	0,76	12 519	4,2	0,74	14 889
Yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen	4,2	0,69	12 264	4,3	0,69	14 570
Ongelmien huomioon ottaminen	4,3	0,66	12 284	4,3	0,69	14 537
Hoitotoimenpiteiden yhteensovittaminen	4,4	0,64	12 484	4,4	0,67	14 797
Tiedonsaannin helppous	4,3	0,68	12 553	4,4	0,69	14 860
Palvelu äidinkielellä				4,7	0,58	13 842
Ohjeet	4,2	0,75	12 477	4,2	0,77	14 765
Hoitajien ammattitaito	4,5	0,61	12 334	4,5	0,62	14 699
Hoitajat: voimien tarkkailu	4,3	0,67	12 439	4,4	0,69	14 801
Hoitajien vastaaminen kutsuihin	4,3	0,67	11 137	4,3	0,71	13 164
Hoitajien käytös	4,5	0,62	12 568	4,6	0,60	15 000
Lääkärit: voimien tarkkailu	4,1	0,76	11 844	4,2	0,77	13 990
Lääkäreiden käytös	4,3	0,73	12 135	4,4	0,70	14 560
Lääkäreiden ammattitaito	4,4	0,68	11 883	4,4	0,69	14 139
Lääkäreiltä saatu informaatio	4,2	0,80	11 504	4,2	0,81	13 763
Laitoshuoltajat	4,4	0,61	11 708	4,4	0,62	11 862
Laboratoriohenkilökunta	4,4	0,60	10 071	4,4	0,61	11 286
Röntgenhenkilökunta	4,4	0,61	7 077	4,4	0,62	8 120
Fysioterapiahenkilökunta	4,4	0,63	5 222	4,4	0,64	6 259
Ilmapiirin levollisuus	3,9	0,85	12 469	4,0	0,85	14 745
Osaston tilat	3,8	0,79	12 302	3,9	0,78	14 553
Sairaalarakennus	3,6	0,71	11 922	3,7	0,72	14 162
Kotiuttamiseen liittynyt toiminta	4,3	0,65	11 396	4,3	0,67	13 619
Kotiuttamisohjeet	4,3	0,66	11 150	4,3	0,68	13 295
Sairaalahoidon vaikutus	4,3	0,70	9 923	4,3	0,72	12 841
Halukkuus tulla uudestaan (min=1 - max=4)	3,7	0,51	12 316	3,7	0,55	14 653

¹⁾ Asteikko: 1 huono – 5 erinomainen.

LIITETAULUKKO 2. Polikliinisen hoidon laatu: potilaan näkökulma (huhtikuu 2005 – huhtikuu 2007)

	Yleinen			Lääkärin vastaanotto			Hoitajan vastaanotto			Röntgen			Laboratorio		
	Keski-arvo ¹	Standardipoikkeama	n	Keski-arvo ¹	Standardipoikkeama	n	Keski-arvo ¹	Standardipoikkeama	n	Keski-arvo ¹	Standardipoikkeama	n	Keski-arvo ¹	Standardipoikkeama	n
Odotusaika lähetteen saamisesta poliklinikalle pääsyyn	3,9	0,91	27 171												
Poliklinikalta etukäteen saatujen ohjeiden selkeys ja riittävyys	4,1	0,67	26 931												
Odotusaika ilmoittautumisessa	4,3	0,77	28 383												
Henkilökunnan käytös ilmoittautumisessa	4,6	0,59	28 830												
Ilmoittautumismenettelyn sujuvuus	4,4	0,65	28 245												
Tiedonsaanti ilmoittautumisessa	4,3	0,65	27 982												
Odotusaika vastaanotolle				3,9	0,94	21 367	4,4	0,69	11 040	4,0	0,93	2 777	4,0	0,92	2 967
Käytös vastaanotolla				4,5	0,66	21 446	4,7	0,53	11 635	4,4	0,67	2 792	4,4	0,70	2 972
Ammattitaito vastaanotolla				4,4	0,69	21 521	4,5	0,61	11 480	4,4	0,64	2 719	4,3	0,69	2 869
Tiedonsaanti tutkimusten aikana vastaanotolla				4,3	0,75	21 362	4,5	0,64	11 294	4,2	0,76	2 628	4,1	0,76	2 764
Tiedonsaanti terveydestä vastaanotolla				4,3	0,76	21 309	4,3	0,69	10 904						
Mahdollisuus osallistua vastaanotolla				4,1	0,82	19 673	4,2	0,74	10 323						
Jatkohoito-ohjeet vastaanotolla				4,3	0,74	20 955	4,4	0,66	10 795						
Vuorovaikutus vastaanotolla				4,3	0,74	21 655	4,5	0,62	11 599	4,2	0,72	2 521	4,1	0,76	2 642
Vastaanottoajan pituus vastaanotolla				4,2	0,75	21 538	4,4	0,66	11 482	4,2	0,71	2 627	4,3	0,71	2 735
Toimitilojen viihtyisyys	3,8	0,77	28 410												
Liikkuminen terveysasemalla: opasteet ja ohjeet	3,9	0,76	27 514												
Hoidon arviointi				4,4	0,71	20 562	4,5	0,61	11 346						
Kyky palvella äidinkielellä	4,7	0,60	23 184												
Palvelu poliklinikalla hyvää (1 täysin eri mieltä --- 4 täysin samaa mieltä)	3,7	0,56	27 261												

¹⁾ Asteikko: 1 huono – 5 erinomainen.

LIITETAULUKKO 3. Terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma (huhtikuu 2005 – toukokuu 2007)

	Yleinen			Lääkärin vastaanotto			Hoitajan vastaanotto			Laboratorio			Muu vastaanotto		
	Keski-arvo ¹	Standardi-poikkeama	n	Keski-arvo ¹	Standardi-poikkeama	n	Keski-arvo ¹	Standardi-poikkeama	n	Keski-arvo ¹	Standardi-poikkeama	n	Keski-arvo ¹	Standardi-poikkeama	n
Puhelinyhteyden saaminen terveysasemalle	3,7	0,96	14 798												
Puheluun vastanneen henkilökunnan käytös	4,2	0,71	14 504												
Puhelimeen vastanneen henkilökunnan ammattitaito	4,1	0,73	14 128												
Odotusaika ilmoittautumisessa	4,0	0,90	12 356												
Henkilökunnan käytös ilmoittautumisessa	4,3	0,71	12 922												
Ilmoittautumisen sujuvuus	4,2	0,75	12 656												
Tiedonsaanti ilmoittautumisessa	4,2	0,71	12 660												
Odotusaika vastaanotolle				3,7	0,99	6 580	4,1	0,86	5 227	3,9	0,89	1 323	4,3	0,78	701
Käytös vastaanotolla				4,4	0,73	6 699	4,5	0,62	5 414	4,4	0,62	1 379	4,6	0,59	709
Ammattitaito vastaanotolla				4,2	0,79	6 715	4,3	0,71	5 370	4,3	0,61	1 336	4,5	0,62	668
Tiedonsaanti vastaanotolla				4,2	0,80	6 668	4,3	0,71	5 320				4,4	0,68	613
Jatkohoito-ohjeet vastaanotolla				4,2	0,78	6 538	4,3	0,70	5 167				4,4	0,68	572
Terveysneuvonta vastaanotolla				4,0	0,84	5 893	4,2	0,76	4 928				4,3	0,72	480
Vuorovaikutus vastaanotolla				4,2	0,85	6 688	4,4	0,72	5 342				4,5	0,65	595
Vastaanottoajan pituus				4,0	0,78	6 623	4,3	0,68	5 374				4,4	0,65	629
Toimitilojen viihtyisyys	3,8	0,77	16 460												
Liikkuminen terveysasemalla: opasteet ja ohjeet	4,0	0,73	15 593												
Hoidon arviointi				4,2	0,79	6 221	4,4	0,71	5 399				4,5	0,60	595
Kyky palvelulla äidinkielellä	4,7	0,58	13 113												
Palvelu terveysasemalla (1 täysin eri mieltä --- 4 täysin samaa mieltä)	3,4	0,67	16 170												

¹ Asteikko: 1 huono – 5 erinomainen.

LIITETAULUKKO 4. Hammashoidon laatu: potilaan näkökulma (helmikuu 2006 – lokakuu 2007)

	Keskiarvo ¹	Standardi- poikkeama	n
Puheluun vastaamisen nopeus ajanvarauksessa	8,2	1,30	6 942
Ajanvarauksen henkilökunnan ammattitaito	8,6	1,06	7 258
Tarjottujen hoitoaikojen sopivuus	8,3	1,38	7 510
Odotusaika ajanvarauksesta hoitoon pääsyyn	7,7	1,79	7 515
Mahdollisen jatkohoitoajan saannin helppous	8,2	1,45	6 633
Opastus hoitolaan tullessa	8,5	1,19	7 526
Odotustilan toimivuus, siisteys, viihtyisyys	8,6	1,08	7 936
Odotustilan tiedotteiden ja lehtien kiintoisuus	7,7	1,37	7 433
Hoitoon pääseminen sovittuna aikana	8,7	1,25	7 826
Tiedon antaminen suunnitellusta hoidosta	8,9	1,06	7 726
Rauhallisuus ja häiriöttömyys	9,2	0,87	7 922
Sujuvuus ja henkilökunnan yhteistyö	9,2	0,85	7 881
Toimenpiteistä kertominen hoitotilanteessa	9,0	1,05	7 870
Kivun huomioiminen ja kivun lievitys	9,1	0,98	6 876
Hammashoitopelon huomioiminen	8,9	1,16	5 962
Henkilökunnan ystävällisyys	9,4	0,82	7 922
Hoituhuoneen siisteys	9,3	0,76	7 901
Ajan riittävyys hoitokäynnillä	9,2	0,94	7 832
Mahdollisuus itse vaikuttaa hoitoon	8,6	1,24	6 967
Tieto kustannuksista ja maksujärjestelyistä	8,3	1,36	6 427
Neuvonta suun ja hampaiden kotihoidosta	8,8	1,20	7 225
Tieto suun ja hampaiden jatkohoidosta	8,8	1,14	7 300
Mahdollisuus saada yhteys hammaslääkəriin	8,3	1,36	6 390
Hammashoitopalveluista tiedottaminen	8,2	1,32	7 316
Yleisarvosana palvelusta ja hoidosta	9,2	0,85	7 833
Avun saaminen vaivaan	9,2	0,95	7 637
Kyky palvella äidinkielellä	9,6	0,82	7 593
Kustannusten kohtuullisuus	8,5	1,24	6 618

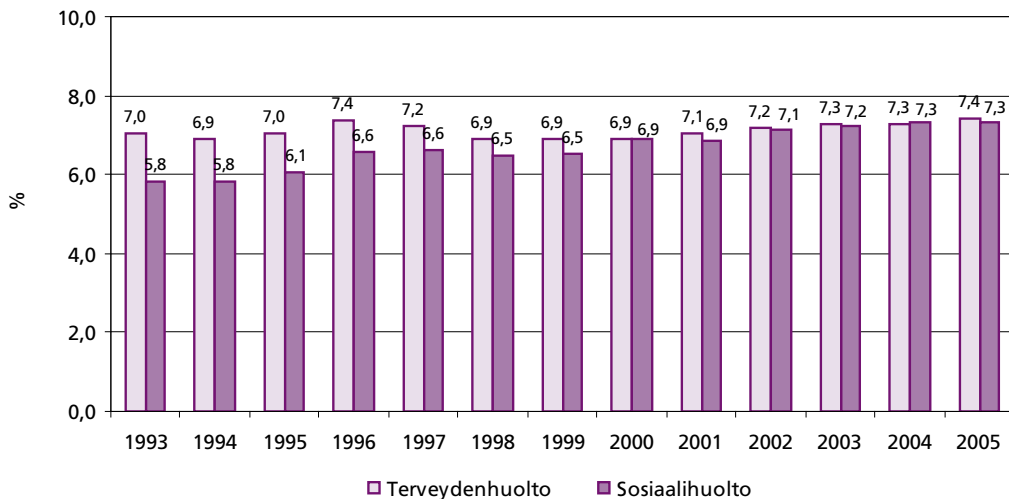
¹ Kouluarvosana-asteikko: 4 huono – 10 erinomainen.

4.4 Korkeatasoinen osaaminen (henkilöstömitoitustavoitteet ja nykyinen tilanne)

REIJO AILASMAA

Sosiaali- ja terveysalan henkilöstömäärä kasvussa

Sosiaali- ja terveysala on huomattava työllistäjä Suomessa, vuonna 2004 alalla oli väkeä yli 330 000. Sosiaali- ja terveydenhuolto on kasvattanut osuuttaan kaikista työllisistä 2000-luvulla (kuvio 1). Lukumäärinä mitaten alan työllisyys on kasvanut viime vuosina ja kasvaa edelleen. Julkisen sektorin henkilöstömäärä kasvoi edelleen vuonna 2006, joka on viimeisin käytettävissä oleva tilastovuosi.



Lähde: Työssäkäyntitilasto, Tilastokeskus

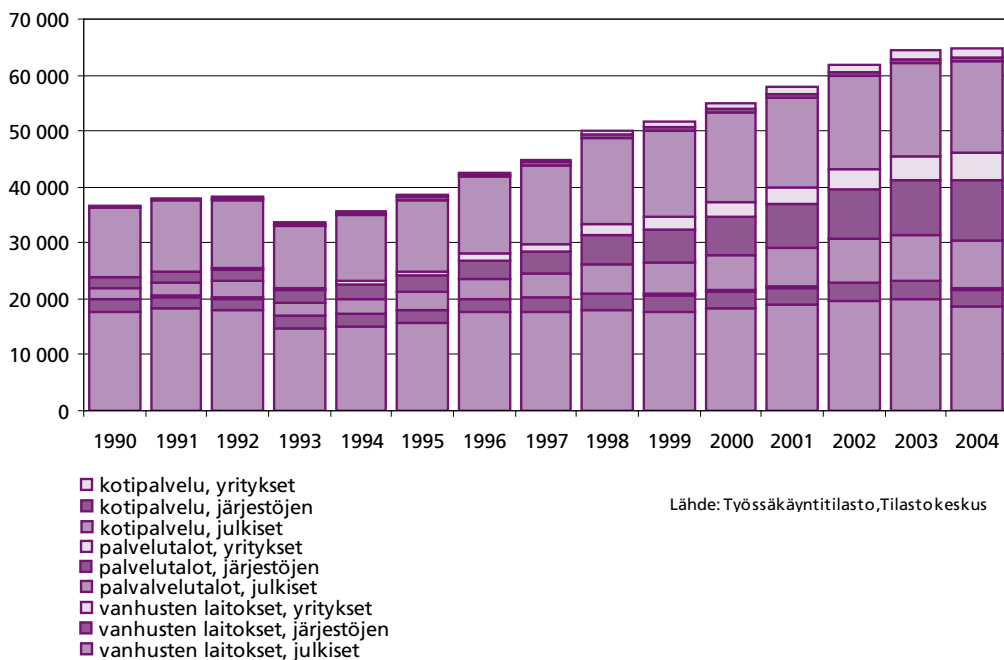
KUVIO 1. Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon työllisten osuus kaikista työllisistä 1993–2003

Viime vuosina kasvu on painottunut yksityiseen sosiaalihuoltoon, vaikka valtaosa koko sosiaali- ja terveydenhuollosta on edelleen julkista palvelua, lähinnä kuntien ja kuntayhtymien tuottamaa. Terveydenhuollon työvoimasta noin 80 ja sosiaalihuollossa noin 70 prosenttia on julkisen sektorin palveluksessa.

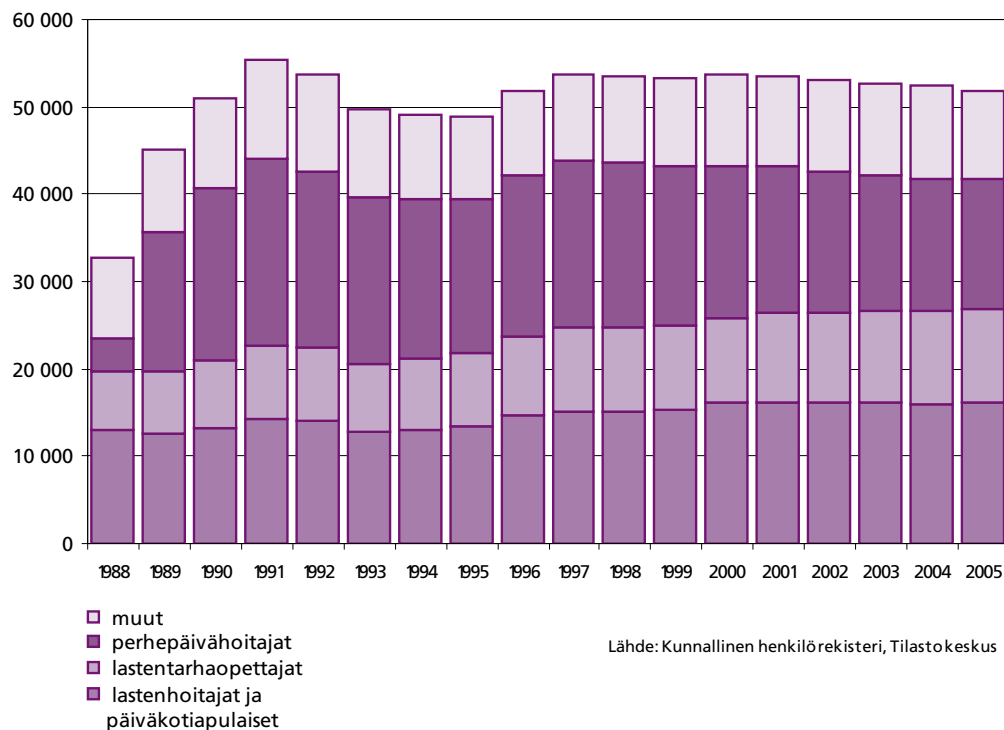
Henkilöstömääriltään terveydenhuolto ja sosiaalihuolto ovat melko lailla yhtä suuria juuri nyt, mutta sosiaalihuollon henkilöstö on kasvanut nopeammin. Vanhustenhuollossa henkilöstön tarve tulee kasvamaan ja sitä kautta työvoimatarve koko alalla.

Vanhustenhuollossa työvoiman tarve lisääntyy kotipalveluissa ja palvelutaloissa, kun taas laitoshuollon ja terveyskeskusten vuodeosastojen henkilöstö pysyy suurin piirtein ennallaan. (Kuvio 2.) Kotipalvelu on suurimmalta osaltaan julkista palvelua, mutta palvelutaloissa järjestöjen antamien palvelujen kasvu on ollut erittäin huomattava. Vanhustenhuollossa työskentelee noin neljännes koko sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä eli noin 85 000 henkilöä.

Suuri työllistäjä on myös lasten päivähoito. Siellä kunnallista henkilöstöä on runsaat 50 000. Lasten päivähoito ja vanhustenhuolto työllistävät yhdessä yli kolme neljäsosaa sosiaalihuollon henkilöstöstä. (Kuvio 3.)



KUVIO 2. Vanhusten laitosten, palvelutalojen ja kotipalvelujen henkilöstö yhteensä v. 1990–2004



KUVIO 3. Lasten päivähoiton henkilöstö kunnissa ja kuntayhtymissä. Lukumäärä v. 1988–2005

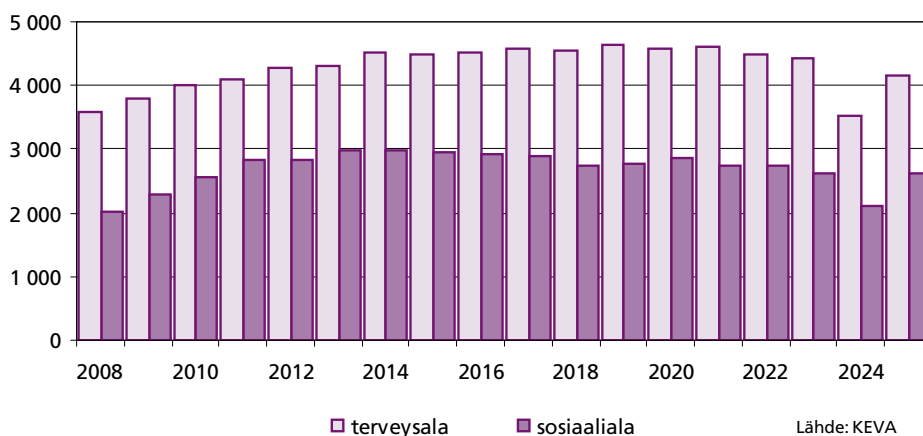
Monissa ammateissa henkilöstömäärä on kasvanut jatkuvasti – lääkäreitä, sairaanhoitajia, lastentarhaopettajia, sosiaalityöntekijöitä, sosiaalialan ohjaajia ja lähihoitajia on enemmän kuin aiemmin.

Henkilöstömäärältään ennallaan pysyneitä ammatteja ovat esimerkiksi hammaslääkärit ja hammashoitajat, joiden määrä ei ole viime vuosina juuri kasvanut. Hammashoidossa tilannetta tasoittaa suuhygienistien määrän kasvu. Yksityiskohtaiset kuviot eri ammattikuntien lukumäärästä, keski-ikästä, henkilötyövuosista ja sijoittumisesta kunnissa ja kuntayhtymissä ovat tämän luvun liitekuvioissa 1–6.

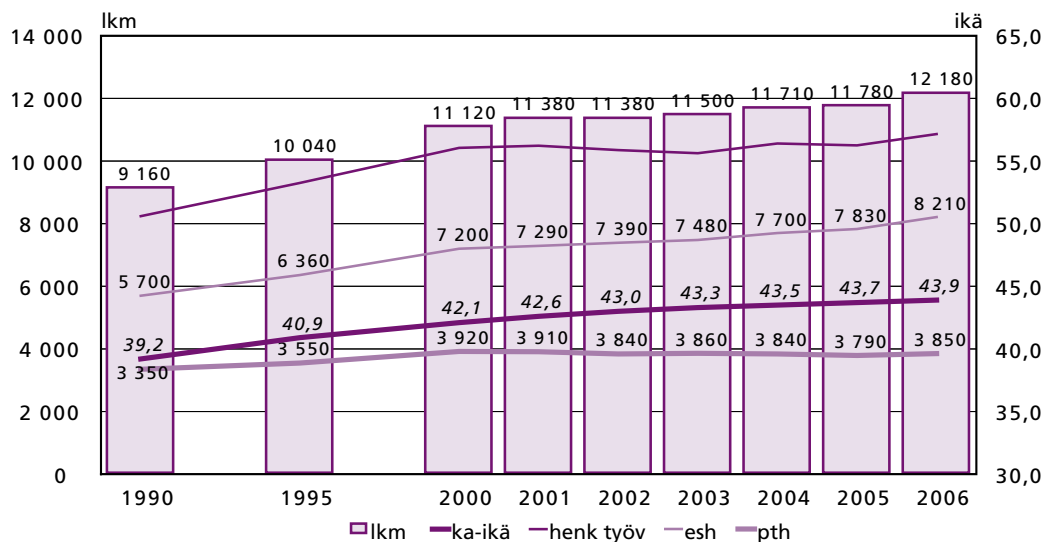
Eläköityminen kiihtyy muutaman vuoden kuluttua

Lähivuosien suuri haaste on eläkkeelle lähtemisen kiihtyminen (kuvio 4). Ammateista keskimääräistä suurempi eläköityminen on edessä hammaslääkäreillä, sosiaali- ja terveysalan johtajilla, sosiaalityöntekijöillä sekä lähihoitajilla. Lastentarhaopettajat ja sairaanhoitajat ovat keskimääräistä alan henkilöstöä nuorempia, joten myös eläköityminen on keskimääräistä pienempää.

Eläköityminen ja uuden työvoiman tarve sosiaali- ja terveysalalla on palvelualan jälkeen suurinta. Työministeriön Työvoima 2025 -projektissa arvioidaan, että sosiaali- ja terveysalalle avautuu vuosittain vuoteen 2020 mennessä keskimäärin 12 000–13 000 työpaikkaa.

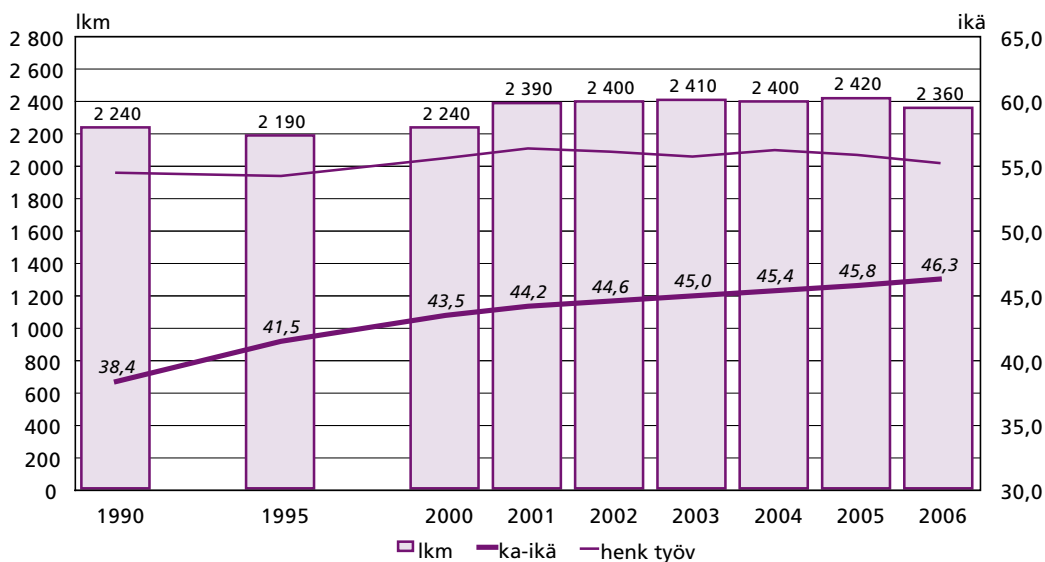


KUVIO 4. Kuntien terveys- ja sosiaalialan henkilöstön eläkepoistumaennuste vuosille 2008–2025.



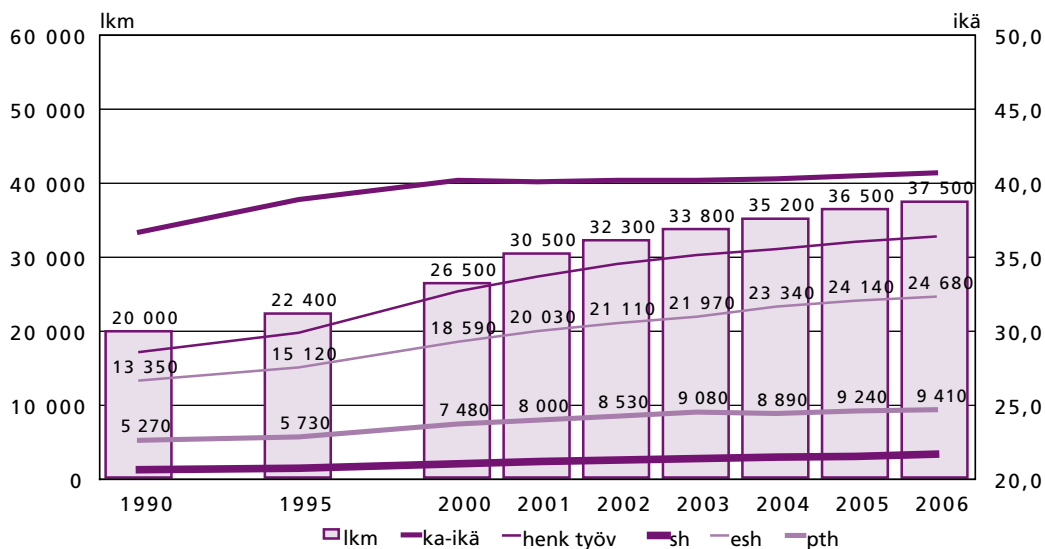
Lähde: Kuntien palkkatilasto, Tilastokeskus

LIITEKUVIO 1. Lääkärit kunnissa ja kuntayhtymissä vuosina 1990, 1995 ja 2000–2006



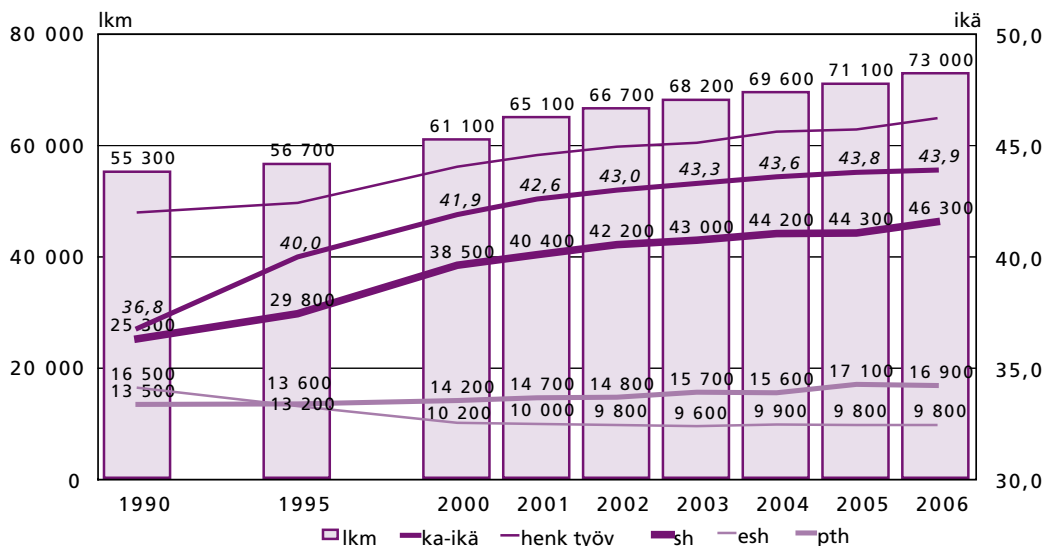
Lähde: Kuntien palkkatilasto, Tilastokeskus

LIITEKUVIO 2. Hammaslääkärit kunnissa ja kuntayhtymissä vuosina 1990, 1995 ja 2000–2006



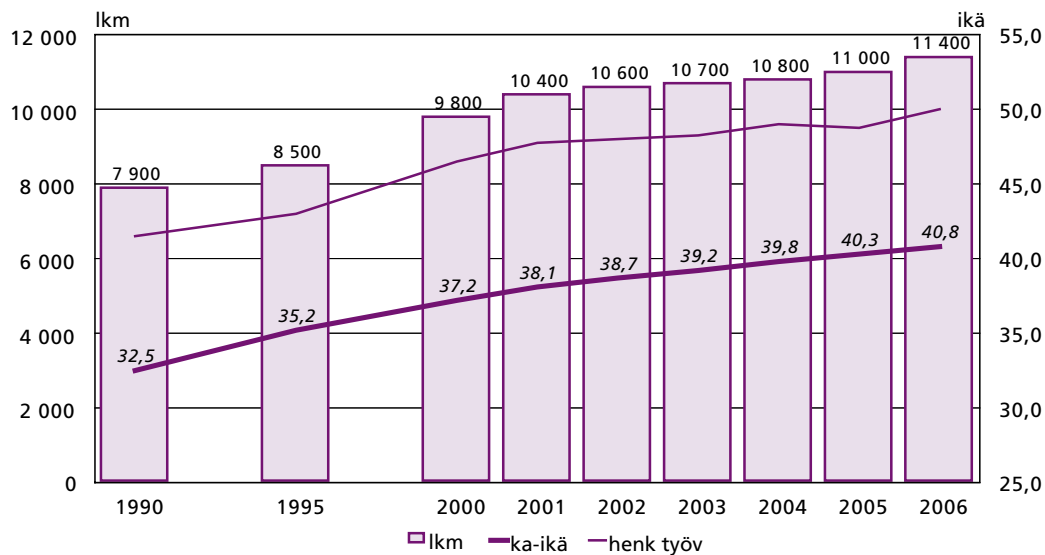
Lähde: Kuntien palkkatilasto, Tilastokeskus

LIITEKUVIO 3. Sairaanhoitajat kunnissa ja kuntayhtymissä vuosina 1990, 1995 ja 2000–2006



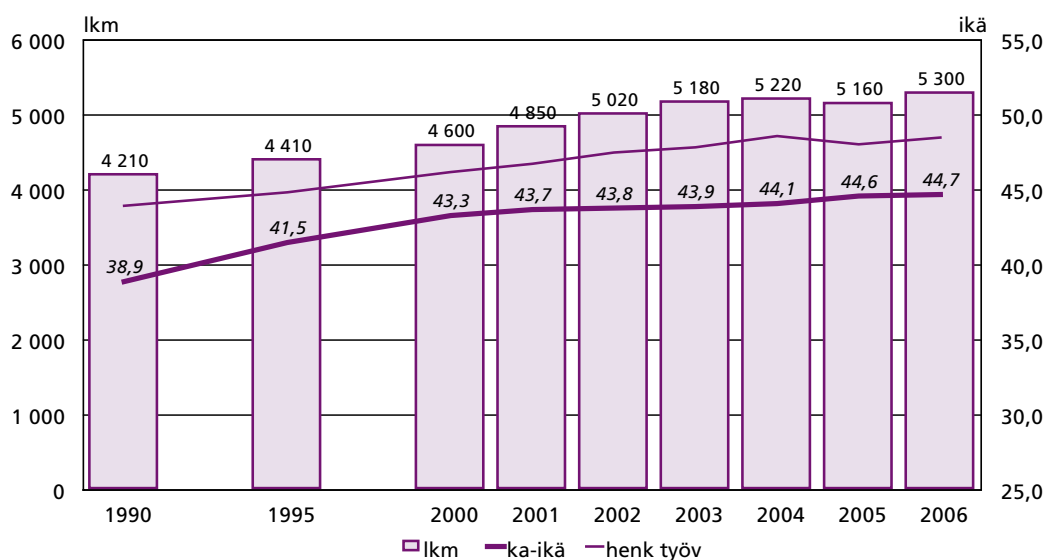
Lähde: Kuntien palkkatilasto, Tilastokeskus

LIITEKUVIO 4. Lähihoitajat ja vastaavat kunnissa ja kuntayhtymissä vuosina 1990, 1995 ja 2000–2006



Lähde: Kuntien palkkatilasto, Tilastokeskus

LIITEKUVIO 5. Lastentarhanopettajat kunnissa ja kuntayhtymissä vuosina 1990, 1995 ja 2000–2006



Lähde: Kuntien palkkatilasto, Tilastokeskus

LIITEKUVIO 6. Sosiaalityöntekijät kunnissa ja kuntayhtymissä vuosina 1990, 1995 ja 2000–2006

4.5 Tuottavuus ja tehokkuus

Sairaalatoiminnan tuottavuuden kehitys 2002–2006: Benchmarking-hanke – laatu- ja näkökulma

PIRJO HÄKKINEN

Taustaa

Stakes ja sairaanhoitopiirit ovat kehittäneet yhteistä tuottavuuden seurannan tietojärjestelmää sairaaloiden toiminnan arviointiin (benchmarking-hanke) vuodesta 1997 lähtien. Vuodesta 2007 tarvittava tietotuotanto on siirtynyt vähitellen Stakesin normaaliin rekisterituotantoon.

Sairaaloiden tuottavuustietojärjestelmässä ovat mukana kaikki sairaanhoitopiirit ja viisi aikaisemmin sairaanhoitopiireihin kuuluvaa sairaalaa sekä kaksi yksityissairaalaa. Lisäksi vuoden 2006 poikkileikkausaineistoissa on uutena mukana seitsemän erikoislääkärijohtoista terveyskeskussairaalaa. Vuoden 2007 aineistoon ovat tuottaneet tiedot kaikki Suomen 14 erikoislääkärijohtoista terveyskeskussairaalaa. Alueellisessa tarkastelussa on mukana myös kaikkien erikoislääkärijohtojen terveyskeskussairaaloiden sekä yksityissairaaloiden vuodeosastohoito.

Aineistosta saa monipuolista tietoa sairaalal palvelujen käytöstä, kustannuksista ja tuottavuudesta sairaanhoitopiireittäin, sairaaloittain, kunnittain sekä erikoisaloittain. Tuotoksen mittaamisen keinoja on jatkuvasti tutkittu ja testattu. Hoitokäytäntöjen muutokset, esim. avohoitopainotteisemmaksi, asettavat tuotosmittareiden kehittämiseksi edelleen suuria haasteita. Sairaaloiden kirjaamiskäytännöissä on edelleen eroja, jotka saattavat vaikuttaa tuloksiin. Kirjaamiskäytäntöjen ja kustannuslaskennan yhdenmukaistamiseksi tehdään valtakunnallisella tasolla kehittämistyötä, mikä tulee jatkossa parantamaan myös tämän aineiston laatua.

Aineisto ei sisällä psykiatrian erikoissairaanhoitoa. Tiedot on saatu myös psykiatrian osalta ja niitä tullaan hyödyntämään myöhemmin myös aineistoja raportoituksessa. Psykiatrian tuottavuuden mittaaminen edellyttää kuitenkin menetelmien kehittämistä jatkossa.

Sairaalatoiminnan tuottavuutta kuvataan seuraavassa vuoden 2006 ja sitä vanhempien rekisteritietojen avulla. Tiedot päivittyvät kerran vuodessa. Vuoden 2007 tiedot eivät ole vielä käytettävissä.

Käsitteitä

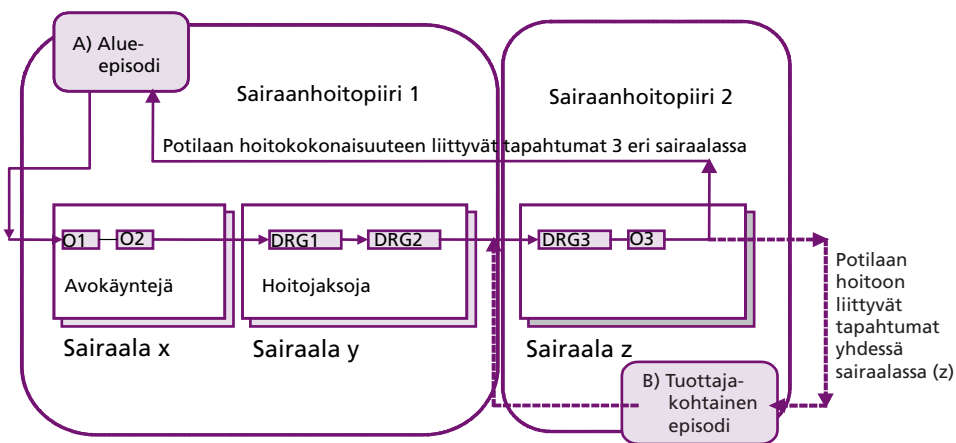
Erikoissairaanhoidon tuotoksen mittaaminen perustuu sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuushankkeessa kehitettyyn mittariin, *episodiin*. Episodi on toiminnan varsinainen lopputuote. Episodi on hyvin lähellä ”hoidettu potilas” ”hoitokokonaisuus” -käsitteitä. Tuottavuusaineistoissa episodi kattaa potilaan yhden kalenterivuoden aikana tapahtuneen hoidon. Jos hoito jatkuu yli vuodenvaihteen, tulee siitä uusi episodi. Episodia käytetään mittarina sekä tuottajatarkastelussa että alueellisessa tarkastelussa. Tuotoksen mittaamista ja käytettyjä aineistoja on selostettu yksityiskohtaisesti Stakesin Tilastotiedotteessa 3/2008 Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2002–2006 (Häkkinen & Saukkonen 2008) sekä julkaisussa Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus. Toimintavuoden 2001 tulokset (Sairaaloiden hoitotoiminnan 2003).

Tuottajakohteisessa tarkastelussa episodiin lasketaan potilaan saman sairauden vuoksi yksittäisessä sairaalassa annettu koko hoito. Hoitokokonaisuutta tarkastellaan tällöin sairaalakohteisesti. Tuottavuustarkastelussa poikkileikkausvertailu tehdään aina sairaalaryhmien sisällä, ts. keskussairaloita verrataan toisiinsa keskussairaloihin ja yliopistollisia sairaaloita toisiinsa yliopistollisiin sairaaloihin. Sairaloita verrataan toisiinsa ainoastaan poikkileikkauksnäkökulmassa.

Alueellisessa tarkastelussa episodiin lasketaan potilaan saman sairauden vuoksi erikoissairaanhoidossa annettu koko hoito riippumatta siitä, missä sairaalassa tai sairaanhoitopiirissä hoito on annettu. Näkökulma on tällöin väestölähtöinen. Alue-episodit sisältävät myös potilaiden vuodeosastojaksot erikoislääkärijohtoisissa terveyskeskussairaaloissa sekä yksityisissä sairaaloissa. Lisäksi alue-episodeihin sisältyy muutamien erikoislääkärijohtoisten terveyskeskussairaaloiden osalta avohoitotietoja.

Panoskäyttöä kuvataan sairaaloiden *kokonaiskustannuksilla*. Kokonaiskustannukset muodostuvat sairaalan toimintakuluista, käyttöomaisuuden poistoista sekä vieraan pääoman kuluista. Toimintakulut koostuvat pääosin henkilöstömenoista, materiaalien ja palvelujen ostoista sekä vuokramenoista.

Kuviossa 1 on esitetty kaksi mahdollista tapaa määritellä episodi. Alue-episodi (A) sisältää potilaan saaman hoidon kaikissa eri sairaaloissa ja sairaanhoitopiireissä. Tuottajakohtainen episodi (B) kattaa potilaan hoidon yksittäisessä sairaalassa. Alue-episodeissa potilaan hoitoketjua seurataan yli sairaala- ja sairaanhoitopiirirajojen. Näiden episodien laskeminen mahdollistaa kunta- ja sairaanhoitopiiritason alueellisen eli väestötason tuottavuusvertailun.



KUVIO 1. Potilaan hoitoprosessit erikoissairaanhoidossa: Alue-episodi (A) käsittää hoidon kolmessa sairaalassa ja kahdessa sairaanhoitopiirissä. Tuottajakohtainen episodi (B) käsittää hoidon yhdessä sairaalassa. (Linna & Häkkinen 2003.)

Aineistot

Sairaaloiden tuottavuustiedot perustuvat yksilötason hoitoilmoitusrekisteritietoihin (Hilmo) ja yksilötason avohoitokäyntitietoihin sekä sairaala- että erikoisalatason kustannustietoihin. Erikoissairaanhoidon toimintatietoja täydennetään tiedoilla perusterveydenhuollossa toteutuneista erikoissairaanhoidon hoitokajoista. Kustannustiedot kerätään sairaanhoitopiiri-, sairaala- ja erikoisalatatasolla.

Menetelmät

DRG-ryhmät, kustannuspainot ja potilasrakenne

Tuottavuusaineistossa hoitoa tarkastellaan potilasryhmäkohtaisesti. Potilasryhminä käytetään NordDRG Classic -ryhmiä³⁸, jotka muodostetaan ryhmittelemällä sairaaloiden potilaskohtaiset

38 <http://norddrg.kuntaliitto.fi/forum>.

vuodeosastohoitojaksot ja päiväkirurgia hoito-ongelman ja voimavarojen kulutuksen mukaan samankaltaisiin potilasryhmiin. Aineistossa kullekin NordDRG-ryhmälle annetaan kustannuspaino, joka kuvaa kyseisen potilasryhmän vuodeosastohoidon ja päiväkirurgian vaatimaa suhteellista voimavarojen tarvetta.

Sairaaloiden ryhmittely

Sairaaloiden tuottavuustietojärjestelmässä sairaalat on jaettu neljään ryhmään: yliopistollisiin sairaaloihin, keskussairaloihin, muihin sairaaloihin sekä poikkileikkaustarkastelussa erikoislääkärihoitoisiin terveyskeskussairaloihin. Yliopistollisten sairaaloiden ryhmään luetaan tässä myös Invalidisäätiön sairaala Orton ja Reumasäätiön sairaala, koska niiden hoidon vaatavuustaso vastaa yliopistollisten sairaaloiden tasoa.

Sairaaloiden toiminnan sisällön ja vaikeusasteen kuvaaminen

Sairaaloiden toiminnan sisältöä ja vaikeusastetta voidaan kuvata tuottavuustietojärjestelmän aineistolla monipuolisesti. Taulukko 1 on esimerkki siitä. Taulukko 1 kuvaa sairaaloiden erilaisuutta ja helpottaa tämän raportin tietojen tulkintaa. Sairaalat on siinä järjestetty niiden potilasrakennetta kuvaavan casemix-indeksin mukaiseen järjestykseen. Koko maan keskiarvo on 1,00. Taulukko havainnollistaa sairaaloiden erilaisuuden myös sairaalaryhmän (yliopistolliset sairaalat, keskussairaalat ja muut sairaalat) sisällä ja antaa taustatietoa tarkastelulle.

Tuloksia

Taulukon 1 mukaan Invalidisäätiön sairaala Ortonissa hoidettiin vuonna 2006 selvästi keskimääräistä vaikeahoitoisempia potilaita. Myös sairaalaryhmän sisällä eri sairaaloissa hoidetaan vaatavuudeltaan erilaisia potilaita. Esimerkiksi Vaasan keskussairaalan casemix-indeksi on selvästi korkeampi kuin muissa keskussairaloissa ja ylittää lähelle yliopistosairaaloiden tasoa. Muiden sairaaloiden ryhmään kuuluu vaatavuudeltaan erilaisia potilaita hoitavia sairaaloita. Useimmiten näissä hoidetaan voimavarojen kulutuksen näkökulmasta keskimäärin helpompihoitoisia potilaita.

Vuosina 2002–2006 tuotettujen somaattisen erikoissairaanhoidon palvelujen määrä on noussut yliopistollisissa sairaaloissa 11 %, keskussairaloissa 9 % ja muissa sairaaloissa 7 % (aluesairaalat ja vastaavat). Erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamista on keskitetty ns. aluesairaloista keskussairaloihin ja yliopistollisiin sairaaloihin (taulukko 2).

Sairaaloiden somaattisen erikoissairaanhoidon reaaliset tuotantokustannukset ovat nousseet vuosina 2002–2006 jossain määrin enemmän kuin vastaavan ajan palvelutuotanto on lisääntynyt. Kustannukset ovat nousseet yliopistollisissa sairaaloissa 16 %, keskussairaloissa 14 % ja muissa sairaaloissa 10 % (taulukko 2).

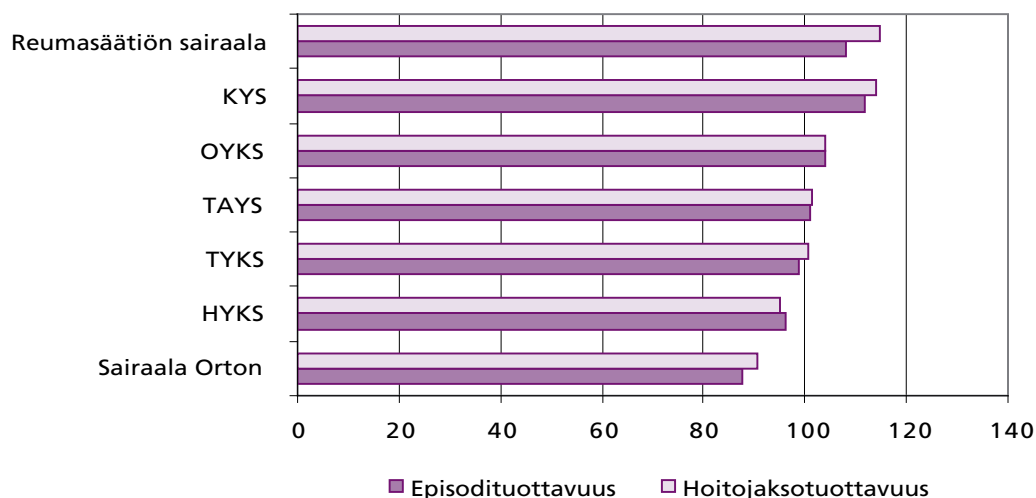
Sairaaloiden välillä on edelleen tuottavuuseroja (taulukko 2 ja kuvio 2). Yliopistollisten sairaaloiden tuottavuuserot vuonna 2006 olivat 16 %, mutta ovat hieman tasaantuneet edellisvuosiin verrattuna. Keskussairaloissa ja muissa sairaaloissa tuottavuuserot ovat yliopistollisia sairaaloita suuremmat. Muiden sairaaloiden ryhmässä palvelutuotanto ja potilasrakenne saattavat vaihdella huomattavasti, mikä osittain selittää suuria tuottavuuseroja. Myös sairaaloiden kirjaamiskäytännöillä ja aineiston laadulla on vaikutusta tuloksiin.

TAULUKKO 1. Sairaaloiden toiminnan sisältöä ja vaikeusastetta kuvaavia tunnuslukuja vuonna 2006

Sairaala	Casemix- indeksi	Kustannukset (€)	Painotetut hoitajaksot	Painotetut ajanvaraus- käynnit	Painotetut päivystys- käynnit
Sairaala Orton	1,64	18 014 000	4 888	13 069	-
TAYS	1,26	291 963 500	79 048	301 357	52 854
HYKS	1,15	828 745 000	201 418	897 620	162 015
KYS	1,14	189 262 000	58 529	205 759	38 190
OYKS	1,11	248 866 000	70 186	248 698	44 196
TYKS	1,04	275 236 000	71 326	317 131	52 481
Vaasan keskussairaala	1,01	99 875 000	27 478	123 313	23 989
Reumasäätio sairaala	1,01	13 117 000	4 609	10 353	-
Seinäjoen keskussairaala	0,96	122 326 000	31 008	152 464	27 185
Oulun terveyskeskus	0,95	14 120 000	1 827	19 412	-
Mikkelin keskussairaala	0,91	60 597 000	15 550	74 551	17 220
Kanta-Hämeen keskus- sairaala	0,91	89 828 000	23 083	130 162	30 281
Hyvinkään sairaala	0,90	63 355 000	17 368	92 538	23 004
Salon aluesairaala	0,90	25 813 000	8 674	43 266	10 145
Helsingin kaupungin terveyskeskus	0,90	36 818 000	4 387	55 067	16 622
Loimaan aluesairaala	0,89	21 737 000	6 523	29 075	10 255
Satakunnan keskussairaala	0,89	134 542 000	35 809	198 746	36 782
Forssan sairaala	0,89	14 681 000	4 844	17 451	9 251
Kainuun keskussairaala	0,87	45 817 000	11 758	69 815	14 261
Länsi-Uudenmaan sairaala	0,86	23 296 000	5 754	38 557	7 909
Mäntän sairaala	0,78	6 390 000	1 919	10 356	362
Vammalan aluesairaala	0,77	12 581 100	4 087	14 672	4 532
Varkauden sairaala	0,77	11 184 000	3 734	4 074	1 347
Malmin Terveydenhuolto- alue	0,77	21 220 000	5 901	35 178	8 868
Turunmaan sairaala	0,77	8 510 000	2 621	16 952	57
Porin terveyskeskus	0,76	10 054 000	3 534	15 230	-
Oulaskankaan sairaala	0,76	20 610 000	6 808	26 976	-
Raahen sairaala	0,73	12 771 000	4 277	22 534	2 297
Nokian terveyskeskus	0,73	4 661 000	1 933	5 991	303
Iisalmen sairaala	0,73	14 062 000	4 724	30 625	2 249

TAULUKKO 2. Painotettujen episodien määrän, kustannusten kiintein hinnoin ja episodituottavuuden kehitys yliopistollisissa sairaaloissa, Invalidisäätien sairaala Ortonissa ja Reumasäätien sairaalassa, vuosi 2002 = 100

	Kaikki episodit yhteensä				
	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Painotettujen episodien määrän kehitys</i>					
HYKS	100	98	103	106	105
TYKS	100	108	116	120	128
KYS	100	105	106	109	108
OYKS	100	101	105	108	111
TAYS	100	105	110	120	121
Sairaala Orton	100	93	98	107	109
Reumasäätien sairaala	100	77	97	63	64
<i>Kustannusten kehitys kiintein hinnoin</i>					
HYKS	100	99	100	106	108
TYKS	100	109	126	133	138
KYS	100	99	106	108	111
OYKS	100	101	107	114	118
TAYS	100	107	113	121	129
Invalidisäätien sairaala Orton	100	96	99	109	114
Reumasäätien sairaala	100	74	72	57	65
<i>Episodituottavuuden kehitys</i>					
HYKS	100	99	103	99	97
TYKS	100	99	92	91	93
KYS	100	106	100	101	97
OYKS	100	99	98	95	94
TAYS	100	99	97	99	94
Invalidisäätien sairaala Orton	100	97	98	98	95
Reumasäätien sairaala	100	105	136	111	99



KUVIO 2. Yliopistollisten sairaaloiden ja säätöpohjaisten sairaaloiden tuottavuus vuonna 2006, koko maa = 100

Tässä tuottavuuden tarkastelussa ei ole otettu huomioon potilaan terveydentilassa tai hoidon laadussa tapahtuneita muutoksia. Hoidon vaikuttavuutta selvitetään Stakesin ja sairaanhoitopiirien yhteisessä Perfect-hankkeessa, jonka tulokset täydentävät sairaaloiden tuottavuustietoja.

Somaattisen erikoissairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioitu palvelujen käyttö vuonna 2006 on ollut suurinta Pohjois-Savon (14 % yli maan keskitason), Etelä-Savon (12 % yli maan keskitason), Länsi-Pohjan (11 % yli maan keskitason) ja Pohjois-Pohjanmaan (10 % yli maan keskitason) sairaanhoitopiirin väestöllä. Palvelujen käyttö oli pienintä HYKS -sairaanhoidoalueen ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin väestöllä, 10 % alle maan keskitason (taulukko 3).

Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset olivat huomattavasti alle maan keskitasoa Keski-Suomen, Päijät-Hämeen, Kainuun, Pohjois-Karjalan ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirien kunnissa (taulukko 3). Keski-Suomen alhaisia kustannuksia selittää ensisijaisesti palvelujen muuta maata vähäisempikäyttö, mutta myös keskimääräistä alhaisemmat tuotantokustannukset. Muiden em. sairaanhoitopiirien keskimääräistä alhaisempia kustannuksia selittävät ensisijaisesti keskimääräistä alhaisemmat tuotantokustannukset ja toissijaisesti palvelujen vähäisempi käyttö. Pohjois-Karjalassa palveluja jopa käytetään maan keskitasoa enemmän.

TAULUKKO 3. Sairaanhoitopiirien jäsenkuntien somaattisen erikoissairaanhoidon episodit ja kustannukset asukasta kohti vuonna 2006, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut, koko maa = 100

	Kaikki episodit yhteensä	Kustannukset
Etelä-Karjalan shp	98	91
Etelä-Pohjanmaan shp	99	103
Etelä-Savon shp	112	110
HYKS-sairaanhoidoalue	90	100
Hyvinkään sairaanhoidoalue	92	90
Itä-Savon shp	107	117
Kainuun shp	101	99
Kanta-Hämeen shp	100	99
Keski-Pohjanmaan shp	102	100
Keski-Suomen shp	90	85
Kymenlaakson shp	99	96
Lapin shp	97	100
Lohjan sairaanhoidoalue	102	105
Länsi-Pohjan shp	111	112
Länsi-Uudenmaan sairaanhoidoalue	103	106
Pirkanmaan shp	100	103
Pohjois-Karjalan shp	104	91
Pohjois-Pohjanmaan shp	110	109
Pohjois-Savon shp	114	106
Porvoon sairaanhoidoalue	100	95
Päijät-Hämeen shp	97	87
Satakunnan shp	102	99
Vaasan shp	105	104
Varsinais-Suomen shp	107	106

Korkeimmat kustannuspoikkeamat muuhun maahan verrattuna ovat Pohjois-Pohjanmaan, Länsi-Pohjan ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kunnissa. Pohjois-Pohjanmaan ja Länsi-Pohjan alueella suurimpana selittävänä tekijänä on palvelujen runsas käyttö (taulukko 4). Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueen kustannusten poikkeamaa selittää keskimääräistä korkeammat tuotantokustannukset.

TAULUKKO 4. Sairaanhoitopiirien jäsenkuntien somaattisen erikoissairaanhoidon kustannusten ero maan keskiarvoon euroina asukasta kohti vuonna 2006

	Käytöstä johtuva kustannusten poikkeama	Tuottavuudesta johtuva kustannusten poikkeama	Kustannusten poikkeama yhteensä
Etelä-Karjalan shp	-24	-37	-61
Etelä-Pohjanmaan shp	-19	4	-15
Etelä-Savon shp	44	-8	36
HYKS-sairaanhoitoalue	-50	55	5
Hyvinkään sairaanhoitoalue	-16	-15	-31
Itä-Savon shp	-2	84	81
Kainuun shp	-27	-40	-67
Kanta-Hämeen shp	-22	2	-20
Keski-Pohjanmaan shp	10	-12	-2
Keski-Suomen shp	-65	-30	-95
Kymenlaakson shp	-28	-15	-43
Lapin shp	-23	16	-8
Lohjan sairaanhoitoalue	28	19	47
Länsi-Pohjan shp	80	8	88
Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue	5	23	29
Pirkanmaan shp	10	20	30
Pohjois-Karjalan shp	23	-89	-67
Pohjois-Pohjanmaan shp	89	2	90
Pohjois-Savon shp	84	-53	32
Porvoon sairaanhoitoalue	9	-32	-23
Päijät-Hämeen shp	-19	-61	-81
Satakunnan shp	-0	-22	-23
Vaasan shp	12	10	22
Varsinais-Suomen shp	42	-9	34

<http://info.stakes.fi/benchmarking/FI/bechmarking.htm>.

Jatkosuunnitelmat

Psykiatrian tuottavuusaineistoja on kerätty vuodesta 2003 lähtien. Aineistoja on analysoitu pilottiluonteisesti ja todettu, että somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuusmenetelmät eivät toimi psykiatriassa. Psykiatrian analyysimetodiikka ja erityisesti tuotoksen arviointia tulee edelleen kehittää.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuustietoja on tarkoitus laajentaa edelleen siten, että mukaan saadaan kaikki erikoislääkärijohtoiset terveyskeskussairaalat. Tämä tavoite toteutui vuoden 2008 aikana.

Tuottavuusindikaattoreita kehitetään edelleen yhteistyössä sairaanhoitopiirien ja muiden aineistoja tuottavien sairaaloiden kanssa. Tärkeä tavoitteena vuoden 2008 aikana on siirtää koko sairaaloiden tuottavuusaineisto uuteen tuotantoympäristöön eli Sampo-tietovarastoon, jolloin automatisointia voidaan hyödyntää paremmin aineistojen vastaanottamisessa ja käsittelyssä sekä raportoinnissa. Raportointia tullaan muutenkin kehittämään asiakasystävällisemmäksi. Uuden tuotantoympäristön myötä tulosten tuotannon odotetaan aikaistuvan nykyisestä, jolloin kenttä voi paremmin hyödyntää aineistoja toiminnan suunnittelussa.

Lähteet

- Benchmarking-verkkosivut. Stakes. <http://info.stakes.fi/benchmarking/FI/bechmarking.htm> [4.11.2008].
- Häkkinen, Pirjo & Saukkonen, Sanna-Mari (2008) Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2002–2006. Stakesin Tilastotiedote 3/2008. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/laitoshoido/tuottavuus2006.htm> [4.11.2008].
- Linna, Miika & Häkkinen, Unto (2000) Alueellisten hoitoketjujen tuottavuusvertailu – Uusi tapa tarkastella erikoissairaanhoidon kustannuksia. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 37, 197–206.
- NordDRG-verkkosivut. <http://norddrg.kuntaliitto.fi/forum> [4.11.2008].
- Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus (2003) Toimintavuoden 2001 tulokset. Utriainen, Eija & Järvelin, Jutta ym. Helsinki: Stakes.

Hoitoketjujen vaikuttavuuden ja kustannusten vertailua: PERFECT-hanke

UNTO HÄKKINEN

Johdanto

Terveydenhuollon suoriutumiskykyä voidaan arvioida useilla sekä makro- että mikrotason mittareilla (Measuring up 2002). Perinteisesti terveydenhuoltojärjestelmiä on vertailtu panoksia (terveydenhuoltomenoja, terveydenhuollon työvoimaa ja kapasiteettia), oikeudenmukaisuutta, tuottavuutta, palvelujen saatavuutta sekä väestön/potilaiden tyytyväisyyttä ja odotuksia koskevilla indikaattoreilla. Järjestelmän vaikuttavuutta on pyritty mittaamaan kuolleisuuden, sairastavuuden ja terveydentilan mittarein. Näissä makrotason mittareissa ongelmana on se, ettei terveydenhuoltojärjestelmän, sen osien tai ominaisuuksien vaikutusta väestön terveydentilaan tai sen kehitykseen pystytä selkeästi arvioimaan (Häkkinen & Joumard 2007).

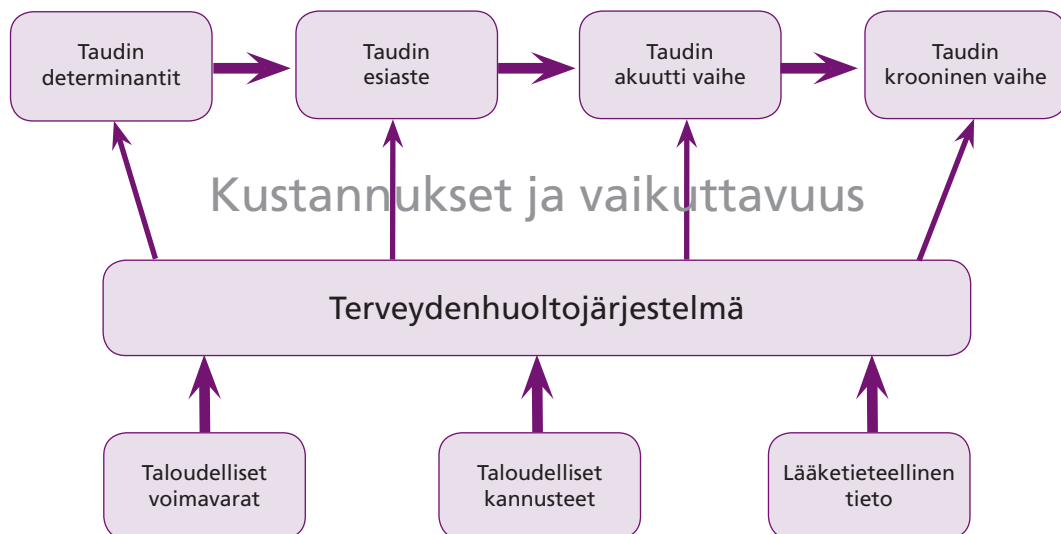
Mikrotason terveydenhuollon päätöksenteossa lähdetään nykyään yhä enemmän siitä, että toiminnan tulisi perustua satunnaistettuun koeasetelmaan perustuvien kokeiden tuloksiin sekä niiden pohjalta laadittuihin meta-analyysihin. Viime aikoina on yksittäisten toimenpiteiden vaikuttavuutta pyritty arvioimaan myös asetelmassa, jossa terveydentila on mitattu sekä ennen toimenpidettä että sen jälkeen. Myös mikrotasoon arviointiin liittyy ongelmia. Kokeellisessa asetelmassa (”laboratorio-olosuhteissa”) tehtyjen tutkimusten perustella voidaan arvioida vain hoidon tehoa (efficacy) mutta ei todellisuudessa havaittavaa vaikuttavuutta (effectiveness) eikä siten kustannus-vaikuttavuutta. Mikrotason analyysi on usein rajoittunut yksittäiseen toimenpiteeseen eikä koko hoitoketjuun, joten ne eivät kata kaikkia tiettyyn vaivaan tai tautiin liittyviä palveluja.

Väestötason kustannus-vaikuttavuus

Väestötason kustannus-vaikuttavuus lähestymistavassa on mahdollista yhdistää makro- ja mikrotason tarkastelut. Samoin vaikuttavuuden arviointiin voidaan liittää tuottavuuden arviointi. Väestötason kustannus-vaikuttavuus lähestymistavalla tarkoitetaan mikrotason eri sairauksia/terveysongelmia koskevaa kokonaisvaltaista tarkastelua. Lähestymistapaa kutsutaan myös mikrotauloudelliseksi tautikohtaiseksi tutkimusstrategiaksi (microeconomic disease-based strategy (A disease-based 2003). Se perustuu potilaskohtaiseen, eri rekistereitä yhdistämällä koottuun aineistoon, jonka avulla kuvataan annettua hoitoa sekä arvioidaan hoidon kustannuksia ja hoidon vaikuttavuutta.

Lähestymistavan perusta on taudin luonnollisen kulun mallintaminen kiinnittämällä erityistä huomiota siihen, miten terveydenhuoltojärjestelmällä voidaan sitä muuttaa (kuvio 1). Pyritään myös arvioimaan, miten terveydenhuollon toimenpiteet, palvelujärjestelmän rakenne ja taloudelliset kannusteet vaikuttavat annettuun hoitoon, sen kustannuksiin ja vaikuttavuuteen. Terveydenhuollon rekisteritiedot kattavat Suomessa parhaiten erikoissairaanhoidon. Sen takia lähestymistapaa voidaan tällä hetkellä soveltaa lähinnä taudin akuuttiin vaiheeseen, mutta valtakunnallisten rekisteritietojen kattavuuden parantuessa voidaan lähestymistapaa laajentaa myös ehkäiseviin toimenpiteisiin.

Väestötason kustannus-vaikuttavuuden luotettava arviointi edellyttää useiden menetelmällisten kysymysten ratkaisemista (Wray ym. 1995). Laadittaessa tautikohtaisia malleja annetusta hoidosta, sen kustannuksista ja vaikuttavuudesta on kehitettävä menetelmiä, jotka mahdollistavat potilasrakenteeltaan erilaisten alueiden, tuottajien tai vuosien järkevän vertailun (riskivakiointi (Iezzoni 2003)).



KUVIO 1. Väestötason kustannus-vaikuttavuus

PERFECT-hanke

Stakesin terveystaloustieteen yksikkö (CHESS), viisi yliopistosairaanhoitopiiriä ja Kela käynnistivät vuonna 2004 PERFECT-hankkeen (PERFormance, Effectiveness and Cost of Treatment episodes = Hoitoketjun toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset, ks. www.stakes.fi/perfect).

Hankkeen tavoitteina ovat:

1. Tuottaa vertailutietoa annetusta hoidosta, sen kustannuksista ja vaikuttavuudesta jatkuvaa seurantaa ja kehittämistä varten
2. Kehittää menetelmiä kustannusvaikuttavuuden rekisteripohjaiseen mittaamiseen
3. Arvioida, mitkä tekijät vaikuttavat kustannusvaikuttavuuteen
4. Tehdä ehdotuksia valtakunnallisesti kerättävien rekisterien sisällöstä kustannusvaikuttavuuden jatkuvan seurannan parantamiseksi.

Tarkastelun kohteeksi valittiin seitsemän terveysongelmaa, joiden hoitamisessa erikoissairaanhoitolla on keskeinen merkitys: aivohalvaus, keskوسet, lonkkamurtuma, rintasyöpä, skitsofrenia, sydäninfarkti ja tekonivelkirurgia. Sydäninfarktia koskevaa tarkastelua on tänä vuonna laajennettu kattamaan kaikki ohitusleikkaukset ja pallolaajennukset. Kunkin terveysongelman tarkastelusta vastaa asiantuntijaryhmä, jossa on edustettuna kliininen asiantuntijuus sekä rekisteritutkimuksen, tilastollisen menetelmien ja terveystaloustieteen osaaminen

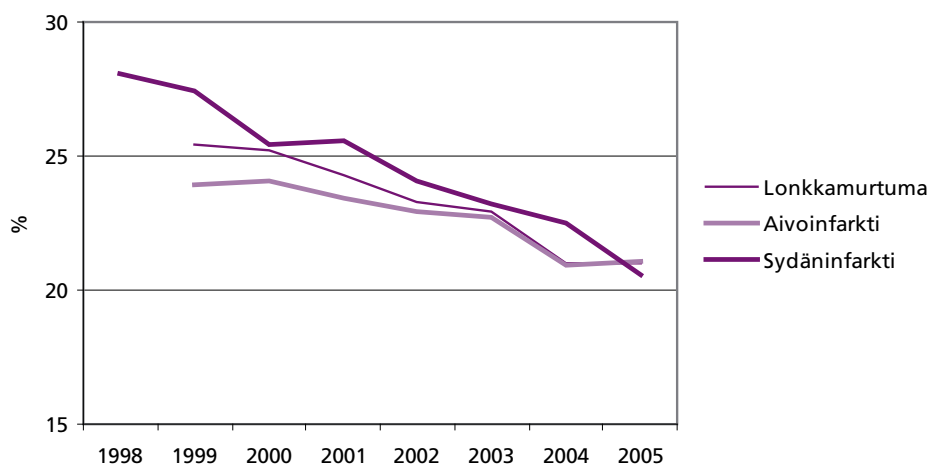
Asiantuntijaryhmät vastaavat hoitoketjujen (episodien) määrittelystä, kerättävien tietojen sisällöstä ja peruseräraportoinnista. Peruseräraportointiin on valittu keskeisiä indikaattoreita, jotka on jatkossa tarkoitus raportoida vuosittain päivitettyinä osana Stakesin rutiinitilastointia. Indikaattorit on jaettu kolmeen ryhmään: perustietoihin, hoito- ja kustannustietoihin sekä vaikuttavuustietoihin. Indikaattoreissa hoitoa tarkastellaan *alueittain* (sairaanhoitopiireittäin) sekä *tuottajittain* (sairaaloittain). Erityisen tärkeää on, että huolehditaan siitä, että potilasrakenteeltaan erilaisia alueita, tuottajia ja vuosia voidaan järkevästi vertailla. Tämän takia on kaikki keskeiset indikaattorit riskivakioitu. Riskivakiointi on tehty kahdella tavalla. Ensinnäkin on rajoitettu tarkastelemaan mahdollisemman samankaltaisia potilaita. Esimerkiksi aivoinfarkti-, sydäninfarkti- ja lonkkamurtumapotilaiden tarkastelusta on suljettu ennen sairastumista pitkäaikaisessa laitoshoidossa olleet potilaat. Lisäksi on rajoitettu tarkastelemaan ”uusia” tapauksia eli esimerkiksi aivoinfarktin yhteydessä on suljettu pois aiemmin aivoverenvuotohäiriön takia sairaalan vuodeosastollolla

olleet. Toiseksi indikaattorissa on otettu huomioon sellaiset potilaiden liitännäissairaudet (kuten diabetes, sepelvaltimotauti, psyykkiset sairaudet), joiden voidaan olettaa vaikuttavan sekä annettavaan hoitoon että hoidon vaikuttavuuteen.

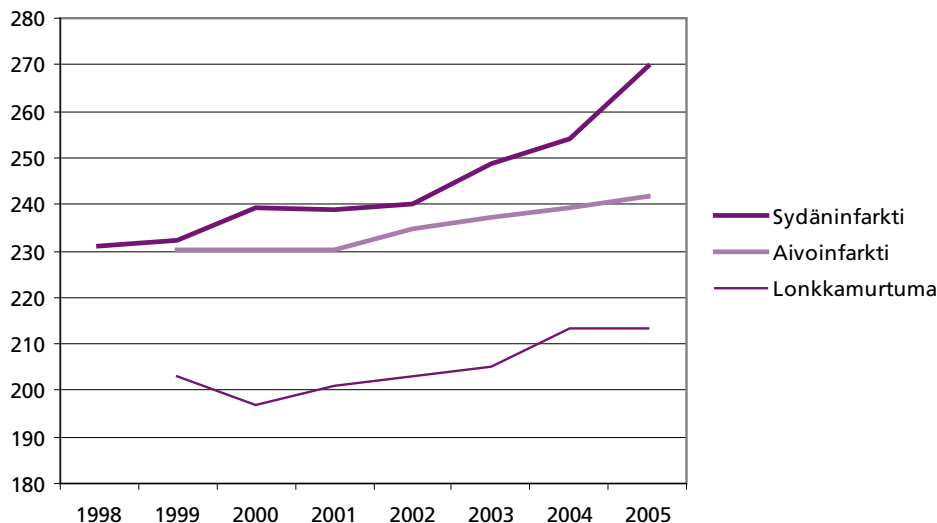
Vuoden 2008 puoleen väliin mennessä on julkaistu kuusi peruseräraporttia (Häkkinen ym. 2007; Lehtonen ym. 2007; Meretoja ym. 2007; Remes ym. 2007; Karvonen ym. 2008; Sund ym. 2008), joiden tietoja on päivitetty hankkeen nettisivuilla. Ohitusleikkauksia ja pallolaajennuksia koskeva raportti valmistuu vuoden 2008 loppuun mennessä. Seuraavassa tarkastellaan PERFECT-hankkeesta valittujen esimerkkien perusteella hoidon kustannusten ja vaikuttavuuden ajallisesta kehitystä sekä alueittaisia ja sairaalakohtaisia eroja.

Kustannusten ja vaikuttavuuden ajallinen kehitys

Hoidon vaikuttavuutta pystytään rekisteristä luottavimmin arvioimaan kuolleisuuden perusteella. Toinen rekisteristä saatavilla oleva mittari on kotona vietetyt päivät sairastumisen jälkeen. Näiden mittareiden perusteella on 2000-luvulla myönteistä kehitystä tapahtunut lonkkamurtuma-, aivo- ja sydäninfarktipotilailla (kuviot 2 ja 3).



KUVIO 2. 1 vuoden kuolleisuus sydän- ja aivoinfarkti- sekä lonkkamurtumapotilailla. Riskivakioidut luvut.



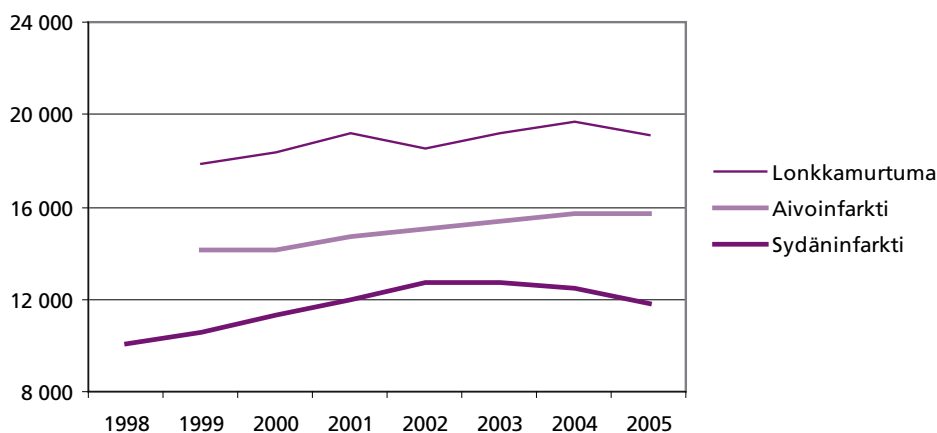
KUVIO 3. Kotona vietetyt päivät taudin toteamisesta vuoden aikana sydän- ja aivoinfarkti- sekä lonkkamurtumapotilailla. Riskivakioidut luvut 1998–2005. Riskivakioidut luvut.

Vaikuttavuutta voidaan konkreettisemmin havainnollistaa laskennallisella sydäninfarktipotilaita koskevalla esimerkillä. Taulukossa 1 on verrattu vuoden 1998 riskivakioidulla kuolleisuuteen perustuvaa kuolleiden määrän ennustetta kunkin vuoden vastaavaan ennusteen. Jos riskivakioitu kuolleisuus olisi pysynyt vuoden 1998 tasolla, olisi vuonna 2005 kuolemia ollut noin 560 enemmän kuin mihin vuoden 2005 kuolleisuudesta perusteella päädytään. Kokonaisuudessa vuosina 1999–2005 parantuneen vaikuttavuuden johdosta yli 2 300 kuolemaa on pystytty välttämään. Jos oletetaan, että sydäninfarktipotilaat elävät yhtä pitkään kuin samanikäinen väestö keskimäärin, merkitsevät luvut sitä, että potilaiden elinajan odote olisi lisääntynyt keskimäärin noin 1 vuoden. Vastaavalla tavalla arvioiden lisääntyi aivoinfarkti- ja lonkkamurtumapotilaiden elinajan odote vuosina 1999–2005 noin 4 kuukaudella.

TAULUKKO 1. Sydäninfarktihoidon vaikuttavuus: muutos suhteessa siihen, että vuoden seurannan jälkeen elossa olleiden osuus olisi säilynyt vuoden 1998 tasolla (uusia potilaita noin 8 000/vuosi)

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	yhteensä
-54	-234	-237	-373	-433	-447	-562	-2340

Hankkeessa pystytään rekisterien perusteella arvioimaan erikoissairaanhoidon poliklinikka- ja vuodeosastohoidon sekä muiden sairaaloiden vuodeostohoidon kustannukset sekä Kelan korvaamien avohoidon reseptilääkkeiden kustannukset. Kiintein hinnoin sydäninfarktipotilaiden yhden vuoden riskivakioidut kustannukset kasvoivat vuosina 1998–2005 10 000 eurosta 11 800 euroon (keskimäärin 1,9 % vuodessa). Merkille pantavaa on se, että vuosina 2004 ja 2005 kustannukset jopa hieman laskivat edellisestä vuodesta. Aivoinfarkti- (keskimäärin 1,9 % vuodessa) ja lonkkamurtumapotilailta (keskimäärin 1,1 % vuodessa) riskivakioitujen kiinteähintaisten kustannusten kasvu on ollut sydäninfarktipotilaiden kustannusten kasvua hitaampaa, joskin lonkamurtuma potilaiden hoito on pitemmän sairaalahoidon takia muita kalliimpaa (kuvio 4). Sydäninfarktipotilaiden hoidon kustannuksia on kasvattanut pallolaajennutusten yleistyminen sekä statiinien lisääntyneet käyttö lääkehoitona.



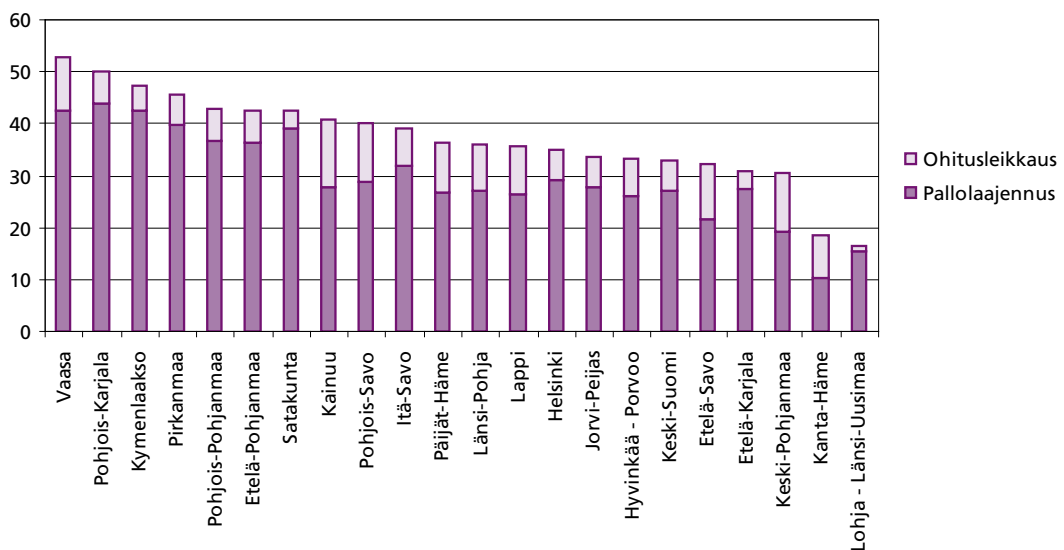
KUVIO 4. Sydän-, aivoinfarkti- ja lonkkamurtumapotilaiden hoidon kustannukset (sairaalahoito + reseptilääkkeet) 1998–2005. Vuoden 2005 hinnoin (euroa/potilas).

Suhteuttamalla potilaiden lääkkeiden ja sairaalahoidon kustannusten kasvu saavutettuihin lisäelinvuosiin voidaan karkeasti arvioida, että sydäninfarktipotilaiden lisäelinvuosien kustannukset olivat 1 200 euroa, aivoinfarktipotilailla hieman yli 2 000 euroa ja lonkkamurtumapotilailla noin 4 000 000 euroa. Nämä ovat huomattavasti alhaisemmat kuin mitä taloudellisissa arviointitutkimuksissa on käytetty yhteiskunnallisena maksuhalukkuutena lisäelinvuosille (75 000 \$ tai 10 000 £). Lisäkustannuksilla on siten saatu lisäelinvuosia edullisesti ja tulokset antavat aivan toisenlaisen kuvan kehityksestä kuin perinteinen sairaalahoidon tuottavuustarkastelu, jonka mukaan erikoissairaanhoidon tuottavuus on 2000-luvulla koko ajan huonontunut (Linna 2004). Näissä tuottavuustarkasteluissa kustannukset on suhteutettu hoidettuihin potilaisiin eikä niissä ole otettu huomioon hoidon vaikuttavuuden kehitystä.

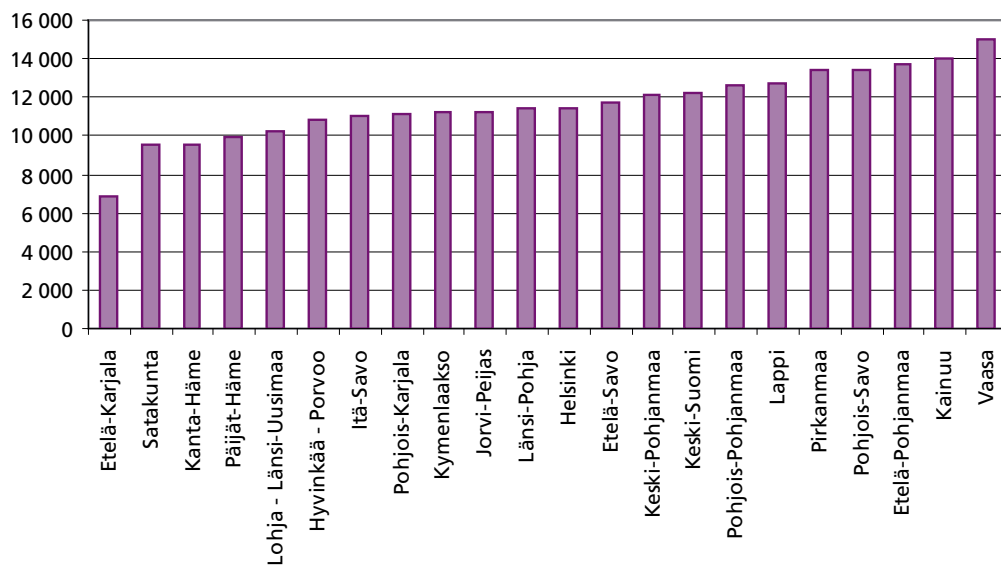
Alueelliset erot

Kaikissa tarkasteltavissa sairausryhmissä on havaittavissa, että alueittaiset (sairaanhoitopiirittaiset) erot ovat huomattavasti vuosittaisia eroja suuremmat. Esimerkiksi sydäninfarktipotilaiden hoitokäytännöt ovat viime vuosina muuttuneet nopeasti, mutta kehitys on ollut hyvin erilaista eri puolilla maata ja alueelliset erot ovat lisääntyneet. Pallolaajennus tehtiin kahden päivän kuluessa sydäninfarktista Pirkanmaan, Satakunnan ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireissä yli 35 prosentille potilaista, kun vastaavan hoidon sai Keski-Pohjanmaan ja Kainuun sairaanhoitopiireissä alle kolme prosenttia. Ohitusleikkaus tai pallolaajennus tehtiin 30 päivän kuluessa yli 50 prosentille potilaista Vaasan sairaanhoitopiirissä. Vastaavasti samassa ajassa toimenpiteet tehtiin alle 20 prosentille Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä sekä HUS-piirissä Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen kunnissa asuville potilailla (kuvio 5).

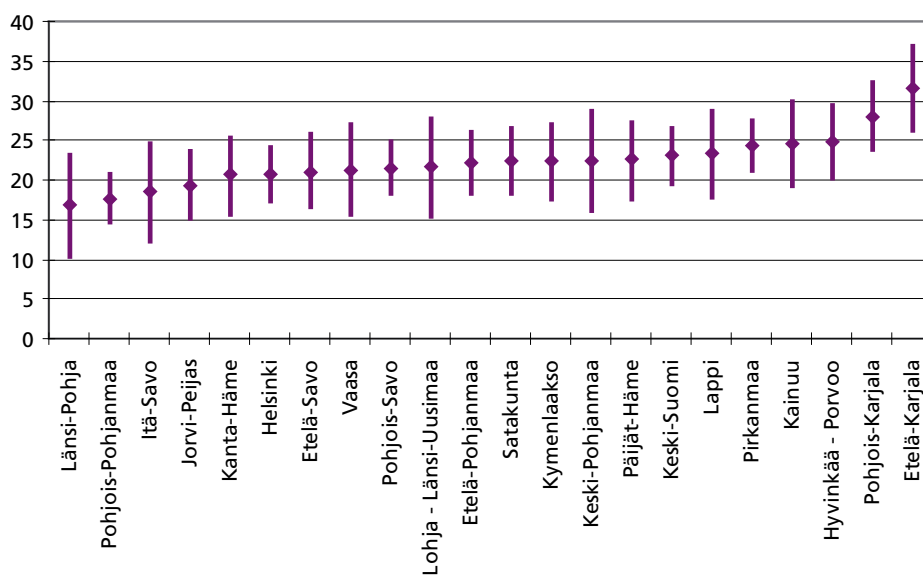
Sydäninfarktipotilaan sairaalahoidon maksoi vuonna keskimäärin noin 11 700 euroa. Halvinta se oli Etelä-Karjalassa (6 900 euroa) ja kalleinta Vaasan sairaanhoitopiirissä (15 000 euroa) (kuvio 6). Äkillisen vaiheen kuolleisuus (7 vrk:n sisällä) vaihteli sairaanhoitopiireittäin viidestä prosentista 12 prosenttiin sekä yhden vuoden kuolleisuus 17 prosentista 32 prosenttiin (kuvio 7).



KUVIO 5. Osuus potilaista (%), jolle on tehty joko ohitusleikkaus tai pallolaajennus 30 vrk ku-luessa infarktista vuonna 2005 (riskivakioidut luvut)

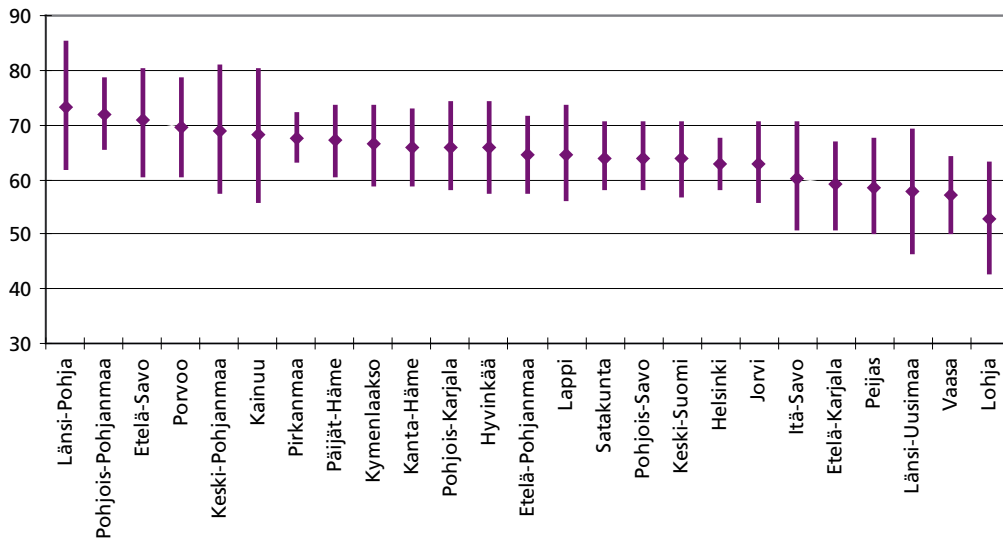


KUVIO 6. Sydäninfarktipotilaiden yhden vuoden sairaalahoiton kustannukset (euroa/potilas) sairaanhoitopiireittäin vuonna 2005 (riskivakioidut luvut)



KUVIO 7. Sydäninfarktipotilaiden 1 vuoden kuolleisuus % sairaanhoitopiireittäin vuonna 2005. Riskivakioidut osuudet ja niiden 95% luottamusvälit

Lonkkamurtuman hoidossa käyttökelpoinen tulosmuuttuja on osuus potilasta, jotka ovat kotiutuneet 120 päivän kuluessa, koska se kuvaa samalla sekä hyvää vaikututtavuutta että matalia kustannuksia (lyhyt hoitoaika). Sairaanhoitopiireittäin kotiutumisprosentti vaihteli 73 prosentista 53 prosenttiin (kuvio 8).

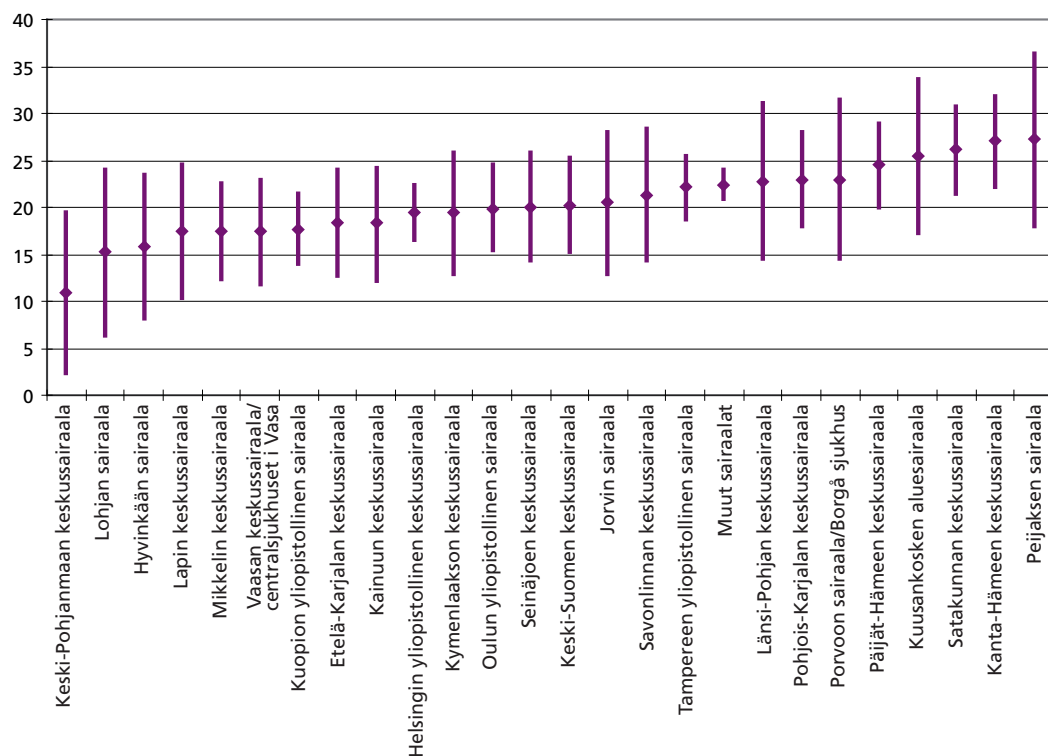


KUVIO 8. Osuus lonkkamurtumapotilaista, jotka ovat kotiutuneet 120 päivän kuluessa sairaan-hoitopiireittäin vuonna 2005. Riskivakioidut osuudet ja niiden 95 %:n luottamusvälit.

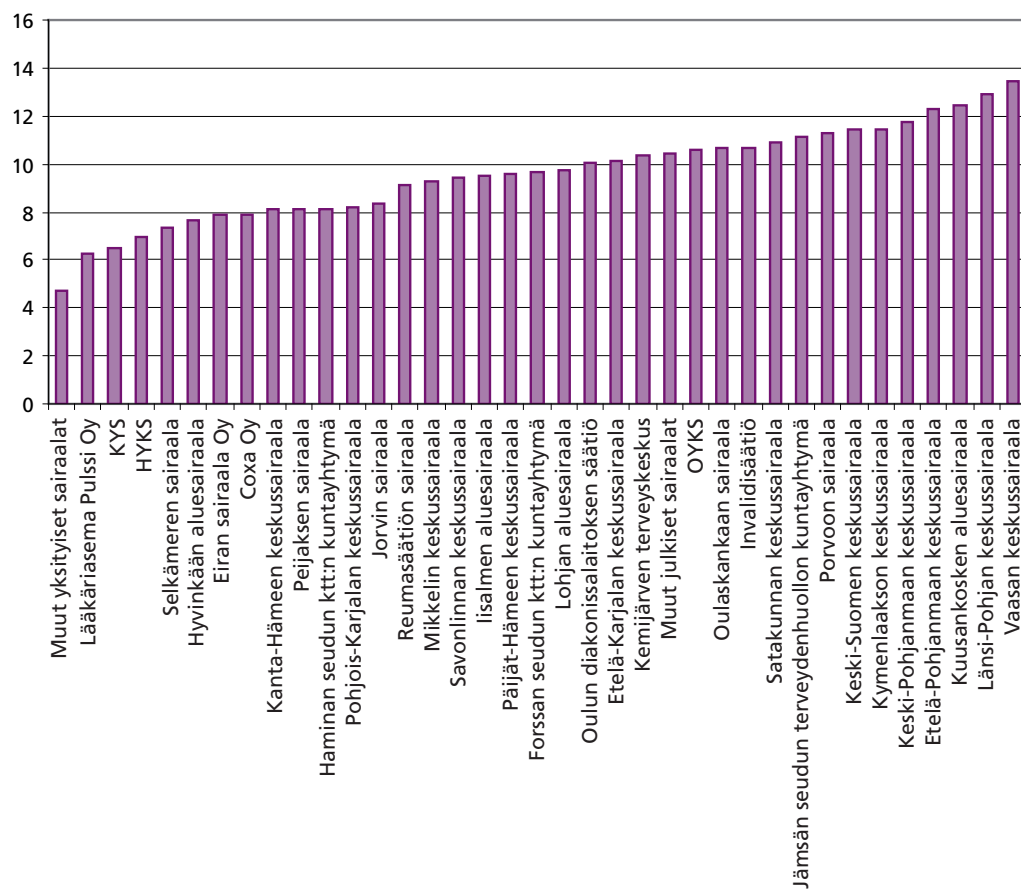
Sairaalakohtaiset erot

PERFECT-osahankkeissa on havaittu myös suuria tuottaja(sairaala)kohtaisia eroja. Tuottajakoh- taiseen tarkasteluun on otettu mukaan sairaalat, joissa on ollut hoidettu vähintään 50 potilasta tarkasteltavassa sairaudessa. Pienempiä sairaaloita tarkasteltiin oman ryhmänä. Aivoveren- kiertohäiriöpotilailla tuottajaksi katsottiin korkein taso (yliopisto-, keskus tai muu sairaala), jossa potilas oli hoidettu ensimmäisen viikon aikana sairastumisesta. Aivoinfarktipotilailla 1 vuoden kuolleisuus hoitavan sairaalan mukaan vaihtelee 11 prosentista 27 prosenttiin (kuvio 9) ja aivoverenvuotohäiriöiden uusiutuminen 8 prosentista 22 prosenttiin, kun sairaalakohtaiset erot potilaiden iän, sukupuolen ja liitännäissairauksien suhteen otetaan huomioon. Sekä uuden sairastumisen että kuoleman vuoden kuluessa onnistuu parhaimmissa sairaaloissa hoidetuista potilaista välttämään 75 % ja heikoimmassa sairaaloissa 60 % potilaista.

Tekonivelenkirurgiassa yhtenä toimivuusindikaattorina käytettiin hoitokokonaisuuteen liit- tyvien hoitopäivien määrää. Hoitokokonaisuus tarkoittaa tekonivelleikkaukseen sisältyvää katkeamatonta laitoshoidtoa. Hoitokokonaisuus päättyy joko kotiutukseen tai potilaan kuolemaan. Hoitokokonaisuuteen sisältyvät myös vanhainkotien ja muiden sosiaalihuollon laitosten hoitopäi- vät. Vuonna 2005 polven tekonivelleikkauksissa hoitokokonaisuuden pituus vaihteli sairaaloittain 5 päivästä 14 päivään (kuvio 10) ja lonkan leikkauksissa 7 päivästä 14 päivään. Nopeinta kotiutumien on Helsingin ja Kuopion yliopistollisissa keskussairaaloissa sekä yksityisissä sairaaloissa.



KUVIO 9. Aivoinfarktipotilaiden yhden vuoden kuolleisuus sairaaloittain vuonna 2005. Riskiva-kioidut osuudet ja niiden 95% luottamusvälit.



KUVIO 10. Polven tekonivelleikkauksen hoitokokonaisuuden (leikkaushoitajakso ja jatkohoito) pituus (vrk) sairaaloittain vuonna 2005, riskivakioidut luvut

Päätelmät

Tieto yksittäisten toimenpiteiden kustannus-vaikuttavuudesta mikrotasolla ei yksin riitä terveydenhuollon suorituskyvyn arvioitiin, vaan tarvitaan tutkimukseen perustuvaa tietoa koko hoitoketjun kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Väestötason kustannus-vaikuttavuuden arviointi tarjoaa myös mahdollisuuden tarkastella laajemmin terveydenhuoltojärjestelmää, sen osia ja rakteita terveystavoitteiden kannalta. Samalla se osoittaa, että strategisessa päätöksenteossa olisi enemmän kiinnitettävä huomiota hoitokokonaisuuksiin: mitä auttaa se, että tuotetaan enemmän ja lyhyemmällä jonotusajalla kalliita toimenpiteitä, jos jatkoahoito ei toimi asianmukaisesti. Lähestymistapa tarjoaa myös uuden ulottuvuuden vertailu-(benchmarking) tietokannoille: niiden perusteella voidaan löytää myös syitä huonolle vaikuttavuudelle, joiden perusteella järjestelmän toimintaa voidaan kehittää vaikuttavammaksi ja taloudellisemmaksi.

Hankkeen perusraporttien tulokset osoittavat, että erikoissairaanhoidon vaikuttavuuden positiivisesta ajallisesta kehityksestä huolimatta hoitokäytännöissä ja vaikuttavuudessa on huomattavia alueellisia ja sairaalakohtaisia eroja, joihin voidaan vaikuttaa toimintaa uudelleen organisoimalla. Pienten keskosten hoidossa (Korvenranta ym. 2007; Rautava ym. 2007) on havaittu, että hoidon vaikuttavuutta pystytään parantamaan keskittämällä hoito yliopistosairaaloihin. On syytä olettaa, että vastaavanlaista päätöksenteon kannalta tärkeä tietoa saadaan myös muista sairausryhmistä sen jälkeen kun PERFECT-hankkeen muiden osien tietoja on ehditty tarkemmin analysoida.

Kehitettyjen indikaattoreiden tavoitteena on tukea palvelujärjestelmän johtamista sekä valtakunnallisesti, alueellisesti että organisaatioiden tasolla ja ne mahdollistavat myöhemmin tietyin osin myös kansainvälisen vertailun. Hanke on saanut paljon myönteistä palautetta. Hankkeessa kehitettyjä indikaattoreita on ehdotettu käytäväksi KASTE-ohjelmassa (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008–2011) arvioimaan alueellisia eroja erikoissairaanhoidon vaikuttavuudessa.

Hallinnollisiin rekistereihin perustuvat tiedot eivät ole aina täysin käyttökelpoisia, koska niitä ei ole useinkaan suunniteltu toiminnan suoriutumiskyvyn mittaamiseen eikä varsinkaan kustannus-vaikuttavuuden arviointiin. Pullonkaulaksi on osoittautunut se, että eri rekistereiden yhdistelyihin perustuvien indikaattoreiden päivittäminen on ollut työlästä. Terveydenhuollon rutiinitilastoinnin keskeisenä haasteena onkin se, miten arviointia ja päätöstentekoa tukevat suoriutumiskyvyn mittarit pystyttäisiin olemassa olevista rekistereistä tuottamaan mahdollisimman nopeasti.

Hoitoilmoitusaineistojen kirjaamiskäytännöissä on vielä puutteita, jotka vaikeuttavat luotettavan vertailutiedon tuottamista. Erityisesti tämä on ilmennyt rintasyövän osahankkeessa, jossa jopa hoidon vaikuttavuuden arviointi osoittautui vaikeaksi, koska käytössä olevaa ICD-10-diagnoosiluokituksen perusteella ei voida erottaa vanhan syövän uusiutumista uudesta syövästä.

Vireillä olevat terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittämiskohteet tarjoavat suuria mahdollisuuksia myös tässä artikkelissa esitellyn lähestymistavan laajentamiselle. Kustannus-vaikuttavuus-lähestymistavan soveltamisen edellytykset paranevat olennaisesti, kun terveydenhuollon rekisteritietoja on saatavilla valtakunnallisesti myös terveyskeskusten avokäynneistä, toimenpiteiden vaikuttavuustietojen kerääminen validoidulla elämänlaatumittarilla (15D) on yleistynyt, RAI-järjestelmä on otettu käyttöön vanhustenhuollossa ja koko maassa on siirrytty sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään. Näihin järjestelmiin sisältyvän valtakunnallisen tiedonkeruun ja siihen liittyvän käsitteiden ja luokitusten suunnittelun yhtenä keskeisenä kriteerinä tulisi olla se, miten niiden perusteella voidaan laatia luotettavia suoriutumiskyvyn ja erityisesti väestötason kustannus-vaikuttavuuden mittareita.

Lähteet

- A disease-based comparison of health system. What is best and what costs? (2003) Paris: OECD.
- Measuring up. Improving health system performance in OECD countries (2002) Paris: OECD <http://www.ikwilwerken.nl/pdf/eu/8102011ehealthsystem.pdf> [4.11.2008].
- Häkkinen, U., Idänpään-Heikkilä, U., Keskimäki I., Klaukka, T., Peltola, M., Rauhala, A., Rosenqvist, G. PERFECT – Sydäninfarkti. Sydäninfarktin hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Työpapereita 15/2007. Helsinki: Stakes.
- Häkkinen, Unto & Joumard, Isabelle (2007) Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sector: options for research. Economics Department Working papers, No 554. ECO/WKP (2007)14. Paris: OECD.
- [http://www.olis.oecd.org/olis/2007doc.nsf/Link-To/NT000029AA/\\$FILE/JT03227865.PDF](http://www.olis.oecd.org/olis/2007doc.nsf/Link-To/NT000029AA/$FILE/JT03227865.PDF) [4.11.2008].
- Iezzoni, Lisa, I. (2003) Risk adjustment for measuring health care outcomes. Chicago: Health Administration Press.
- Lehtonen, Liisa; Andersson, Sture; Hallman, Mikko; Lavonius, Mikko; Leipälä, Jaana; Tammela, Outi; Korvenranta, Heikki; Rautava, Liisi; Korvenranta, Emmi; Peltola, Mikko; Linna, Miika; Gissler, Mika; Häkkinen, Unto (2007) PERFECT – Keskuset. Hyvinennenaikaisten keskkosten hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Työpapereita 16/2007. Helsinki: Stakes.
- Karvonen, Marjo; Peltola, Mikko; Isohanni, Matti; Pirkola, Sami; Suvisaari, Jaana; Lehtinen, Klaus; Hella, Pertti; Häkkinen, Unto (2008) PERFECT – Skitsofrenia Skitsofrenian hoito, kustannukset ja vaikuttavuus. Työpapereita 8. Helsinki: Stakes.
- Korvenranta E, Linna M, Häkkinen U, Peltola M, Adersson S, Gissler M, et al. (2007) Differences in the Length of Initial Hospital Stay in Very Preterm Infants. *Acta Paediatrica* 96 (10), 1416-1420. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17850396> [4.11.2008].
- Linna M, Häkkinen U. Erikoissairaanhoidon tuottavuuden kehitys 1998–2002. (2004) Teoksessa: Junni-la M, (toim.) Sairaaloiden tuottavuus. Benchmarking-tietojen käyttö erikoissairaan-
- hoidon toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Raportteja 280 Helsinki: Stakes, 44–71.
- Meretoja, Atte; Roine, Risto O.; Eirilä, Terttu; Hillbom, Matti; Kaste, Markku; Linna, Miika; Liski, Antti; Juntunen, Merja; Marttila, Reijo; Rissanen, Aimo; Sivenius, Juhani; Häkkinen, Unto (2007) Perfect-Stroke. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset aivoverenkiertohäiriö-potilailla. Työpa-pereita 23. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T23-2007-VERKKO.pdf> [4.11.2008].
- Perfect-hankkeen verkkosivut. <http://info.stakes.fi/perfect/FI/index.htm> [4.11.2008].
- Rautava, Liisi; Lehtonen, Liisa; Peltola, Mikko; Korvenranta, Emmi; Korvenranta, Heikki; Linna, Miika; Hallman, Mikko; Andersson, Sture; Gissler, Mika; Leipälä, Jaana; Tammela, Outi; Häkkinen, Unto (2007) The Effect of Birth in Secondary- or Tertiary-Level Hospitals in Finland on Mortality in Very Preterm Infants: A Birth-Register Study. *Pediatrics* 119(1), 257–263. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/119/1/e257> [4.11.2008].
- Remes, Ville; Peltola, Mikko; Häkkinen, Unto; Kröger, Heikki; Leppilähti, Juhana; Linna, Miika; Mal-mivaara, Antti; Mäkelä, Keijo; Nelimarkka, Olavi; Parvinen, Ilmo; Seitsalo, Seppo; Vuorinen, Jarmo (2007) Perfect- Tekonivelkirurgia. Lonkan ja polven tekonivelkirurgian kustannukset ja vaikuttavuus. Stakes, Työpapereita 29. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T29-2007-VERKKO.pdf> [4.11.2008].
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (KASTE) <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/index.htm> [4.11.2008].
- Sund, Reijo; Juntunen, Merja; Lüthje, Peter; Huusko, Tiina; Mäkelä, Matti; Linna, Miika; Liski, Antti; Häkkinen Unto (2008) Perfect-Lonkkamurtuma Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset lonkkamurtumapotilailla. Työpapereita 18. Helsinki: Stakes.
- Wray, N.P.; Ashton C., M.; Kuykendall D., H.; Hollingsworth J., C. (1995) Using administrative databases to evaluate the quality of medical care: a conceptual framework. *Social Science & Medicine* 40 (12), 1707–1715.

5 YHTEENVETOA

Sosiaali- ja terveyspalveluiden laadun kehittäminen edellyttää tutkittua tietoa väestön hyvin-voinnista ja terveydestä, palveluiden saatavuudesta ja laadusta sekä tavoiteltavasta laatutasosta. Tämän katsauksen alussa kuvailtiin lähestymistapoja laadun kehittämiseen ja määriteltiin keskeisiä käsitteitä. Tämän katsauksen tarkoituksena oli koota yhteen rutiinimaisesti saatavilla olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon laadun seurantatietoa koko maan tasolta. Katsaus antaa kuvan siitä, millaista valtakunnallista vertailutietoa on tällä hetkellä saatavissa toimintojen kehittämisen perustaksi. Katsaus osoittaa myös selkeitä tiedon katvealueita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatu on tässä katsauksessa jäsenetty keskeisten laadun ulottuvuuksien ja eri väestö- ja ikäryhmien palvelujen näkökulmista. Tämä katsaus on tarkoitettu lähinnä sosiaali- ja terveysalan toimijoille. Tulevaisuudessa tuotetaan vertailutietoa palvelujen laadusta myös kansalaisten tietotarpeisiin.

Tämä katsaus antaa rutiinimaisesti kerättäviin seurantatietoihin perustuen yleisen kuvan palvelujen tämän hetkisestä tilasta. Toiminnan laadusta tai vaikuttavuudesta ei kuitenkaan voi tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä etenkin silloin, jos ei ole käytössä selkeitä ja validoituja mittareita. Esimerkiksi lastensuojelua kuvataan tässä katsauksessa pitkälti vain palvelujen käyttöä kuvaavien tilastotietojen kautta. Myös vammaisten ihmisten tilanteesta ja arjesta selviämistä saadaan tällä hetkellä niukasti tietoa tilanteen kehittymisen seurantaan, tosin tilanteen korjaamiseksi on jo laadittu ehdotuksia seurantaindikaattoreista.

Ikääntyneiden ihmisten palveluista, lasten ja nuorten ehkäisevistä palveluista ja päihdepalveluista on saatavissa runsaasti vertailukelpoista tietoa laadusta, tuottavuudesta ja henkilöstöstä. Tämä vahvistaa Stakesin julkaiseman raportin tuloksia laatusuosituksen arvioinnista (Teräväinen ym. 2007). Raportissa todetaan kuntien soveltavan eniten Ikäihmisten palveluja ja Kouluterveydenhuoltoa koskevia laatusuosituksia. Tuloksellisesta tuottavuuden seurannasta ja toiminnan kehittämistä on esimerkkinä Suun terveydenhuollon benchmarking-hanke, jossa mukana olleet terveyskeskukset ovat pystyneet kehittämään hoitoprosessejaan ja työnjakoaan tarkoituksenmukaisella tavalla. Sairauskohtaisia ja yleisiä kliinisiä terveydenhuollon laatuindikaattoreita on kehitetty pääasiassa kansainvälisissä hankkeissa ja ne mittaavat lähinnä somaattisen erikoissairaanhoidon toimintaa.

Hoidon saatavuudessa ja oikea-aikaisuudessa on vielä ajoittaisia tai jatkuvia ongelmia hoitotakuusta huolimatta. Kaiken kaikkiaan ehkäisevä työ näyttää jääneen sairaanhoidon varjoon. Ra-jalliset voimavarat (esim. henkilöstöpulassa) kohdistetaan ensisijaisesti sairaanhoitoon eikä ennalta ehkäiseviin palveluihin. Sairaaloiden tuotantokustannukset nousevat jatkuvasti ja sairaaloiden välillä on edelleen tuottavuus eroja. Terveyskeskusten kustannuskehitys noudattaa sairaaloiden kehitystä, mutta tuottavuusmittauksessa joudutaan tietojen puutteen vuoksi pysyttelemään vielä karkealla tasolla. Erikoissairaanhoidon vaikuttavuuden positiivisesta ajallisesta kehityksestä huolimatta hoitokäytännöissä ja vaikuttavuudessa on huomattavia alueellisia ja sairaalakohtaisia eroja, joihin voitaisiin vaikuttaa esimerkiksi toimintaa uudelleen organisoimalla.

Sosiaali- ja terveysalan henkilöstömäärä on kasvussa ja osaamisen uudistuminen tulee olemaan yksi organisaatioiden menestystekijöistä. Potilasturvallisuustyöhön on Suomessa alettu kiinnittää huomiota aikaisempaa suunnitelmallisemmin esimerkiksi kehittämällä järjestelmä haittatapahtumien raportointiin ja analysointiin. Tietoa on kuitenkin olemassa pääasiassa vain sairaalahoidosta. Väestö- ja asiakaskyselyt osoittavat vastaajien olevan pääsääntöisesti erittäin tyytyväisiä palveluihin, vaikka jonkin verran kritiikkiä on kohdistettu odotusaikoihin, hoitoympäristöön ja tiedon saantiin. Lisäksi terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle tulleiden kanteluiden määrän on lisääntynyt. Asiakaskokemuksia tullaan lähivuosina seuraamaan valtakunnallisesti nykyistä systemaattisemmin. Tavoitteena on luoda asiakaskokemusten systemaattinen seuranta-

järjestelmä sosiaali- ja terveydenhuoltoon (yhdenmukaiset mittarit, tiedonkeruu säännöllisin väliajoin ja tulosten julkistaminen). Tulosten julkaiseminen esimerkiksi verkkosivujen kautta antaa kansalaisille tietoa koetusta palvelujen laadusta.

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon pyrkimyksenä on palvelujen yhdenvertainen toteuttaminen koko maassa, ovat suuret alueelliset erot (sisällössä, määrässä ja kehityksen suunnassa) yleinen ilmiö tässä katsauksessa mukana olevissa palveluissa. Kuntalaisilla on oikeus tietää, mihin tasoon heidän kunnassaan palvelut on mitoitettu suhteessa väestön tarpeisiin ja valtakunnallisiin hyvien käytäntöjen suosituksiin. Haasteena tulevaisuudessa on tuottaa avoimesti kaikkien saatavilla olevaa tietoa palvelujen tuottajien ja järjestäjien toiminnan sisällöstä, voimavaroista, vaikuttavuudesta ja laadusta. On myös tärkeää ottaa palvelujen käyttäjät mukaan suunnittelemaan avoimien palvelujen tietosisältöjä.

Sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitsee palvelujen laatua ja vaikuttavuutta kuvaavia indikaattoreita myös avohoitoon. Laatusuosituksen uudistaminen ”uuden sukupolven laatusuosituksiin” (perustuen validein mittarein osoitettuun vertailukehittämiseen) edistää tulevaisuudessa merkittävästi palvelujen laadun kehittämistä ja kansallista sekä kansainvälistä benchmarking-toimintaa. Vertailukelpoisten indikaattoreiden luominen edellyttää käsitesisältöjen ja kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistamista. Kun tiedon ”sirpaleisuudesta” päästään tietojen yhdistämiseen useasta eri järjestelmästä, varmistetaan tietotuotannon laatu ja aiempaa luotettavamman kuvan saaminen toiminnan laadusta. Samalla kehitetään myös mahdollisuuksia palvelujen vaikuttavuuden rutiinimaiseen mittaamiseen.

Stakesissa on tavoitteena määrittää palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaavat mittarit. Ensimmäinen vaihe on ollut tuottaa tämä tilannekatsaus Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun. Seuraavan vaiheen varsinaisessa indikaattorityössä lähdetään liikkeelle kansallisista olemassa olevista tilasto- ja indikaattoritiedosta sekä kansallisesta tarpeesta. Työn taustalla on muissa maissa tehty vastaava indikaattorityö ja kansainvälinen yhteistyö mm. OECD-indikaattorit ja Pohjoismainen indikaattoriyhteistyö. Indikaattoreita jäsennetään hyödyntämisen näkökulmasta ja prosessinäkökulmasta. Seuraavia työvaiheita ovat aukkokohtien paikantaminen, avainindikaattorien valinta erilaisiin asiantuntijajärjestelmiin (esim. palveluvaaka, lasten, nuorten ja perheiden palvelut, ikäihmisten palvelut, perusterveydenhuolto) ja indikaattoreiden validointi. Tärkeää on saada indikaattorit/asiantuntijajärjestelmät palvelemaan kentän arviointia, seuranta ja kehittymistarpeita, ja näin omalta osaltaan kehittää sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmää entistä laadukkaammaksi.

RAPORTTEJA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2008

Ilkka Winblad, Jarmo Reponen, Päivi Hämäläinen, Maarit Kangas. Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2007. Tilanne ja kehityksen suunta.
Raportteja 37/2008 Tilausnro R37/2008

Taru Kekoni, Manu Kitinoja, Tarja Pösö. Erityinen huolenpito koulukodeissa
Raportteja 36/2008 Tilausnro R36/2008

Tarja Heponiemi, Timo Sinervo, Kimmo Räsänen, Jukka Vänskä, Hannu Halila, Marko Elovainio. Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus -hankkeen loppuraportti
Raportteja 35/2008 Tilausnro R35/2008

Stina Högnabba. Muuttaako asiakkaan puhe työkäytäntöjä? Tutkimus Bikva-arviointimenetelmän vaikutuksista
Raportteja 34/2008 Tilausnro R34/2008

Erkki Kempainen. Kohti esteetöntä yhteiskuntaa. Yhteiskuntapolitiikan normatiiviset keinot esteettömyyden edistämiseksi
Raportteja 33/2008 Tilausnro R33/2008

Hannele Hyppönen (toim.), Timo Turunen, Päivi Hämäläinen, Jarmo Kärki, Sari Palojoki. Ammattilaisten kokemukset tiedontarpeista sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla
Raportteja 32/2008 Tilausnro R32/2008

Pirjo-Liisa Kotiranta. Asumiseen laatua informaatio-ohjauksella. Arviointia Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen vaikutuksista kunnissa
Raportteja 31/2008 Tilausnro R31/2008

Antero Lehmuskoski, Sirpa Kuusisto-Niemi. Sosiaalialan sanasto asiakatietojärjestelmää varten. Sosiaalialan tietoteknologiahanke
Raportteja 30/2008 Tilausnro R30/2008

Matti Rimpelä, Tuija Metso, Vesa Saaristo, Kirsi Wiss. Vanhempainyhdistysten ja huoltajien osallisuus peruskoulun ja sen oppilashuollon kehittämisessä
Raportteja 29/2008 Tilausnro R29/2008

Marja-Leena Perälä, Maisa Toljamo, Marjukka Vallimies-Patomäki, Marjaana Pelkonen. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi
Raportteja 28/2008 Tilausnro R28/2008

Päivi Hämäläinen, Persephone Doupi, Hannele Hyppönen. eHealth Policy and Deployment in the European Union. Review and Analysis of Progress Reports
Raportteja 26/2008 Tilausnro R26/2008

Jaana Lähteenmaa, Teija Strand. Pelin jälkeen: velkaa vai voittoa? Tutkimus velan ottamisesta rahapeleihin, erityistarkastelussa nettipokeri ja pikavippaaminen
Raportteja 25/2008 Tilausnro R25/2008

Mikko Svartsjö, Jani Kinnunen, Eetu Paloheimo, Frans Mäyrä. Järjellä vai tunteella? Nettipokerin pelikokeemus ja pelaamisen hallinta
Raportteja 24/2008 Tilausnro R24/2008