

Rekistereistä tietoa vanhuspalvelujen johtamiseen?

Ikääntyneen väestön sosiaali- ja
terveyspalveluiden käytön arviointi
rekisteriaineistoja hyödyntämällä

Miika Linna, Teija Mikkola,
Antti Peltokorpi & Tero Tyni

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

Projektin julkaisu nro 6

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

Teija Mikkola, erityisasiantuntija, projektipäällikkö

Tarja Myllärinen, johtaja, projektin ohjausryhmän puheenjohtaja

Hannele Häkkinen, erityisasiantuntija

Päivi Koivuranta-Vaara, hallintoylilääkäri

Tero Tyni, erityisasiantuntija

Sami Uotinen, johtava lakimies

Eevaliisa Virnes, erityisasiantuntija

Taitto: Nina Palmu-Pietilä
ISSN 2342-3757
ISBN 978-952-293-364-5 (pdf)

Helsinki 2016
© Suomen Kuntaliitto
Toinen linja 14, 00530 Helsinki
Puh. 09 7711
www.kunnat.net

Esipuhe

Iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon kasvavat kustannukset ovat päättäjien huolenaiheena; miten kustannusten nousu saataisiin kuriin? Miten sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja voisi käyttää nykyistä tehokkaammin palveluiden laadusta tinkimättä? Onko mahdollista saavuttaa tehokkaampi ja integroituneempi iäkkäiden ihmisten palvelujärjestelmä, esimerkiksi välttämällä päällekkäistä palveluiden käyttöä ja tarpeetonta, kallista sairaalahoitoa? Onko joillain alueilla onnistuttu rakentamaan kustannustehokas ja laadukas palveluiden järjestelmä, joista muilla olisi opittavaa? Haasteisiin vastaaminen edellyttää tietoon perustuvaa päätöksentekoa.

Iäkkäiden ihmisten palvelujen käytöstä kerätään runsaasti tietoa ja siihen käytetään paljon aikaa. Koko sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö käyttää pelkätään viralliseen tilastointiin liittyvän tiedon keräämiseen varovaisestikin arvioiden työaikaansa kymmenien miljoonien eurojen arvosta. Onko tiedolla tätä vastaavaa käyttöarvoa?

Hyvä päätöksenteko vaatii laajaa ja kattavaa tietoa, mutta ennen kaikkea se vaatii oikeaa tietoa ja kykyä suodattaa oleellinen tieto valtavasta tietomäärästä. Suures-takaan tietomäärästä ei ole apua, jos aineistoissa on paljon puutteita tai virheitä. Nykyistä vähäisempi, mutta aiempaa kokonaisvaltaisempi, luotettavampi ja vertailukelpoisempi tieto iäkkäiden ihmisten palvelujen käytöstä ja kustannuksista tukisi aiempaa paremmin päätöksentekoa. Palvelujärjestelmän toimivuutta mit-taavan tiedon tuottaminen on avainasemassa palvelujen suunnittelun, arvioinnin ja palvelukokonaisuuden johtamisen tukemisessa.

Väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskäytön arviointi ja vertailu alueel-lisesta näkökulmasta on toistaiseksi ollut vähäistä. Tässä julkaisussa *Rekistereistä tietoa vanhuspalvelujen johtamiseen?* tarkastellaan ensi kertaa kattavasti iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä ja kustannuksia sekä pohditaan kansallisten rekisteritietojen käytön mahdollisuuksia kuntien vertailuissa. Tarkas-telu perustuu Kuntaliiton ja Aalto-yliopiston yhteiseen vuonna 2014 käynnisty-neeseen tutkimushankkeeseen.

Julkaisu on osa Kuntaliiton projektia *Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kus-tannukset, vaikuttavuus ja rahoitus (Elderly people's services: use, costs, effectiveness*

and financing – ELSE), jossa selvitetään valtakunnallisten rekisteriaineistojen ja muiden tietojen avulla, kuinka ikääntyneen väestön palvelut voidaan järjestää kokonaistaloudellisesti parhaalla mahdollisella tavalla. Projektissa levitetään myös tietoa siitä, miten palvelutuotantoa kehittämällä voidaan parantaa tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Vuosina 2014–2017 toteutettavan projektin yhteistyökumppaneina ovat Kela, STM ja Sosiaalialan Työnantajat ry.

Tarkoituksenmukaisen toiminta- ja kustannustiedon saatavuus on avaintekijä sosiaali- ja terveydenhuollon strategisessa päätöksenteossa ja ohjauksessa. Raportissa esitellään tiedon ryhmittelyä, yhdistämistä ja jalostamista vastaamaan paremmin sote-palveluiden kysynnän, saatavuuden, tuotteistuksen, seurannan ja kehittämisen tarpeita. Näiden avulla voidaan etsiä selityksiä ikääntyneen väestön palveluiden kustannuseroihin ja palvelurakenteen painotuksiin.

Raportti osoittaa, että kerättävän tiedon perusteella voidaan tuottaa iäkkäiden ihmisten palvelujen johtamisen tueksi käyttökelpoista tietoa seuraavin edellytyksin. Tietojen keräämisessä pitää ensiksi keskittyä oleellisten, päätöksentekoa palvelevien tietojen tuottamiseen. Kerättävien tietojen karsiminen ja ohjeiden täsmenäinen parantaisi myös tiedon luotettavuutta. Toiseksi rekistereistä sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmistä saatavan tiedon systemaattinen hyödyntäminen palveluiden johtamisessa ja ohjauksessa vaatii tietosisältöjen yhtenäistämistä ja tiedon saatavuuden yksinkertaistamista. Kolmanneksi päätöksenteon tueksi pitää valita indikaattoreita, jotka kuvaavat sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskäyttöä kustannuksineen.

Kuntaliitto toivoo, että nykyisin kansallisesti kerättävän tiedon arvo tunnustetaan ja että kerättävää tietoa hyödynnetään tiedolla johtamisessa. Pienin parannuksin tiedon käyttökelpoisuus paranisi entisestään. Palveluiden kehittäminen ja johtaminen edellyttävät myös lainsäädännön uudistamista siten, että asiakas- ja potilastietoja voidaan nykyistä paremmin käyttää organisaatorakenteista, palveluista ja tietojärjestelmistä sekä niiden muutoksista riippumatta tietosuojahuomioiden.

Hanna Tainio
varatoimitusjohtaja
Suomen Kuntaliitto

Tarja Myllärinen
johtaja, sosiaali- ja terveysasiat
Suomen Kuntaliitto

Sisältö

Esipuhe	3
1 Johdanto	7
2 Valtakunnallisista rekistereistä tietoa johtamisen tueksi	9
3 Rekisteritietojen hyödyntäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa	13
3.1 Rekisteritietojen hyödyntämisen perinne	13
3.2 Rekisteriaineistojen mahdollisuudet ja haasteet	14
4 Rekisteriperusteinen tutkimus ikääntyneen väestön palveluiden käytöstä	17
4.1 Tietoa palveluiden ohjaamisen ja päätöksenteon tueksi	17
4.2 Tutkimusasetelma – sote-palvelut systeemisinä kokonaisuutena	20
4.3 Ikääntyneen väestön palveluiden käyttöön liittyvä rekisteriaineisto	23
4.4 Palveluiden määrän ja kustannusten laskenta	24
5 Tapausesimerkit palveluiden käytön arvioinnista ja vertailuista	27
5.1 Tapausesimerkki 1 – sote-kustannukset	27
5.2 Tapausesimerkki 2 – siirtymät palveluiden välillä	31
5.3 Tapausesimerkki 3 – päivystyksen käyttö	34
6 Yhteenveto ja pohdinta	39
Lähteet ja kirjallisuus	44
Viitteet	46
Liitteet	
Liite 1. Iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut	48
Liite 2. Tutkimuksen kohteena olevat palvelut ja niiden HILMO-määrittysten mukainen tietosisältö	51
Liite 3. Tutkimuskunnat	55
Tiivistelmä	56
Kirjoittajat	58



1 Johdanto

Ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskäytön arviointi ja kansallisen vertailutiedon saanti on perinteisesti ollut haastavaa. Suurin syy tähän on se, että sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereitä on alun perin kehitetty toisistaan erillään ja eri tarkoituksiin. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisia rekistereitä voitaisiin hyödyntää palvelujen kokonaiskäytön ja -kustannusten arviointiin?

Tässä raportissa tarkastellaan mahdollisuuksia arvioida iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä, kustannuksia sekä niihin liittyviä tekijöitä rekisteri- ja taloustietoja yhdistelemällä. Tarkastelu tehdään kolmen tapausesimerkin avulla. Ne perustuvat aineistoihin, jotka kerättiin Suomen Kuntaliiton ja Aalto-yliopiston yhteisessä tutkimushankkeessa, joka on osa Kuntaliiton projektia *Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus (Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing ELSE)*. Vuonna 2014 käynnistyneen rekisteriperusteisen tutkimushankkeen päätavoitteena on tutkia ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksia sekä kunnittaisia eroja palveluiden käytössä vaikutuksineen. Ikääntyneellä väestöllä ja iäkkäillä ihmisillä tarkoitetaan tutkimushankkeessa 75 vuotta täyttäneitä.¹

Raportilla on kaksinainen tavoite: yhtäältä tarkastelemme mahdollisuuksia arvioida iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä, kustannuksia sekä niihin liittyviä tekijöitä rekisteri- ja taloustietoja yhdistelemällä ja toisaalta esittelemme tutkimushankkeemme aineiston ja tutkimusstrategiamme tutkia ikääntyneen väestön palveluja eri palveluista koostuvana kokonaisuutena, ns. systemisenä kokonaisuutena. Tavoitteena ei siis ole varsinaisesti esitellä tutkimuksen tuloksia, vaan osoittaa, miten aineiston avulla on mahdollista tutkia ikääntyneen väestön palveluja systemisenä kokonaisuutena rekisteri- ja taloustietoja yhdistämällä.

Esittelemmekin raportissa toiminta- ja taloustiedon yhdistämisen yleisiä tekniikoita sekä pohdimme rekisteritiedon hyödyllisyyttä toiminnan suorituskyvyn mittareiden laadinnassa. Kysymme, mitä tiedetään iäkkään väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden tietolähteiden sisällöistä, mitä tietoja on olemassa, ja mitkä niistä soveltuvat palveluiden käytön arviointiin ja tutkimukseen?

Raportin alussa valotamme rekisterien luonnetta tietolähteinä sekä rekisteriperusteisen tutkimuksen yleisiä tavoitteita sosiaali- ja terveydenhuollossa. Otamme esiin myös tutkimuserinteen sen sisältämine haasteineen ja mahdollisuuksineen. Esiteltyämme oman rekisteriaineistomme ja tutkimusasetelmamme osoitamme aineistomme avulla, kuinka rekisteritietoja hyödyntämällä on mahdollista arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kokonaiskäyttöä sekä palvelupolkuja ja -ketjuja yksilöiden ja kuntien tasolla. Tutkimusaineistomme pohjalta hyödynnettävät tapausesimerkit ovat:

Tapausesimerkki 1 – kustannuserot: verrataan iäkkäiden ihmisten palveluiden käyttöä ja käytön kustannuseroja kunnittain. Esimerkissä kuntien kustannukset suhteutetaan saman ikäisen väestön määrään. Lisäksi verrataan paljon kustannuksia aiheuttavien asiakkaiden palvelujen käyttöä eräissä kaupungeissa.

Tapausesimerkki 2 – siirtymät palveluiden välillä: havainnollistetaan, miten rekistereistä poimitun tapahtumatiedon avulla voidaan määrittää ja laskea jokaisen kuntalaisen sosiaali- ja terveystilapalveluiden käyttö, eli niiden päivien lukumäärät vuodessa, jolloin erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita on käytetty. Näin voidaan määrittää jokaisen kunnan asukkaan ”viipyminen” eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käytön ”tiloissa” ja kuvata kunnan vanhuspalvelujen toimintaa.

Tapausesimerkki 3 – päivystyksen käyttö: esitellään iäkkäiden ihmisten päivystyksen käyttöä kunnissa. Palveluiden käytön eroja seurataan myös erikoissairaanhoidon päivystyksen päättymisen jälkeiseltä ajalta. Tiedoilla pyritään vastaamaan siihen, miten ja mihin asiakkaat kulkeutuvat päivystyksen jälkeen ja minkälaisia kustannuksia palveluiden käytöstä aiheutuu.

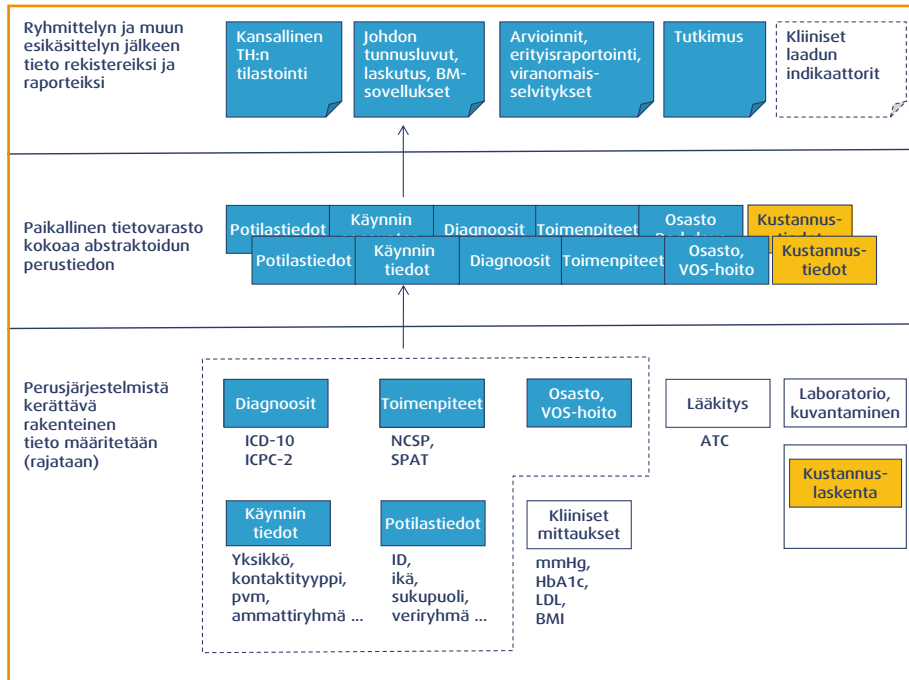
2

Valtakunnallisista rekistereistä tietoa johtamisen tueksi

Suomessa on runsaasti valtakunnallisia rekisterejä. Esimerkiksi kansalaisten maksumat verot (verorekisteri), sairastuminen (esim. syöpärekisteri), päätyminen terveydenhuollon laitospalveluiden piiriin (HILMO), lääkkeiden ostaminen (Kelan etuusrekisteri, lääkkeiden sairasmakuutuskorvaukset) ja kuolemat (kuolemansyyrekisteri) rekisteröidään. Rekisteriaineistojen tutkimuskäyttöä helpottaa henkilötunnus, joka mahdollistaa eri rekisterien tietojen yhdistämisen luotettavasti. Henkilötunnuksen avulla voidaan seurata yksilöitä eri ajassa ja paikassa. Rekisterien tietoja yhdistämällä ja seuraamalla henkilötunnuksen esiintymistä niissä, voidaan muun muassa havaita ihmisten kotihoidon, laitoshoidon tai muun ympärivuorokautisten palveluiden asiakkuus sekä mahdollinen päivystyspalveluiden tai muiden terveydenhuollon palveluiden käyttö. Rekisteritietoja yhdistämällä on myös mahdollista selvittää, miten esimerkiksi sosioekonomiset tekijät, kuten yksin asuminen, koulutus tai tulot vaikuttavat palveluiden käyttöön.

Valtakunnallista rekisteritietoa on mahdollista täydentää sosiaali- ja terveydenhuollon perustietojärjestelmistä saatavalla tiedolla. Erityisesti sairaaloiden ja terveyskeskusten potilastietojärjestelmät ovat merkittävä valtakunnallisia rekistereitä täydentävä tietovaranto. Tiedon päätyminen lopulliseksi tietovarannoksi sisältää useita eri välivaiheita, jotka on karkeasti kuvattu kuvassa 1.

Terveydenhuollon ammattilaiset tallentavat keskeiset hoitotapahtumaan liittyvät tiedot eri perusjärjestelmiin eli asiakas- ja potilastietojärjestelmiin. Perusjärjestelmistä kootaan rajattu ja tarkoin määritetty rakenteinen ja luokiteltu tieto suuremmiksi tietojen kokonaisuuksiksi (tietovarasto). Tästä koonnista voidaan poimia erilaisiin tarkoituksiin monin tavoin muokattuja osa-aineistoja ja raportteja. Näitä ovat esimerkiksi kansalliset HILMO-tiedonkeruut, kuntalaskutus, johdon raportointi, tutkimus ja viranomais selvitykset. Kansalliset terveydenhuollon tietolähteet ja rekisterit ovat siis yksityiskohdiltaan yksinkertaistettuja kuvauksia perusjärjestelmistä, ja tietojen mielekäs käyttö edellyttää syvää ymmärrystä siitä, miten tieto syntyy perusjärjestelmiin.



Kuva 1. Perusjärjestelmien tieto kootaan alueellisiin ja kansallisiin tietovarastoihin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen eräänä avaintekijänä pidetään sosiaali- ja terveydenhuollon perusjärjestelmistä saatavan tiedon hyödyntämistä toimintaprosessien ohjaamisessa ja päätöksenteon tukena toiminnan eri tasoilla. STM ja Kuntaliitto² ovat asettaneet strategiset tavoitteet tietojen käytölle vuoteen 2020 mennessä. Strategiassa todetaan muun muassa seuraavaa:

- Asiakas- ja potilastiedot ovat ammattilaisten ja asiakkaiden käytössä riippumatta organisaatorakenteiden, palveluiden ja tietojärjestelmien muutoksista.
- Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon tietojen saatavuus yli sektorirajojen turvataan kansallisilla ratkaisuilla tietosuoja huomioiden.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset asiakas- ja potilastiedon tietovarannot (Kanta) mahdollistavat organisaatio- ja sektorirajat ylittävän tiedonvälityksen ja tiedon hyödyntämisen myös valtakunnallisten ja alueellisten tilastojen toteuttamiseksi.
- Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän johtaminen ja kehittäminen edellyttävät, että palveluiden saatavuutta, tuottavuutta, laatua ja kustannusvaikuttavuutta arvioidaan systemaattisesti ja että johtaminen sekä tähän liittyvät yhteiskunnalliset päätökset pohjautuvat ajantasaiseen ja vertailukelpoiseen – alueellisesti, kansallisesti ja kansainvälisesti saatavilla olevaan – tietoon.

Asetettujen strategisten tavoitteiden lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon (jatkossa sote) uudistus tuo uusia tarpeita sote-tiedoille ja niiden käsittelylle. Sote-uudistus, jonka tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja ja hallita kustannuksia, luo tarpeita eri sektoreiden ja palvelualojen ylittävien hoito- ja palvelukokonaisuuksien sekä niiden kustannusten laskemiseksi. Onkin syytä arvioida, miten nykyisten perustietojärjestelmien rakenteet ja sisällöt soveltuvat uudenaikaisiin palvelujärjestelmätason johtamistarpeisiin.

Järjestelmätason palvelukokonaisuuksien arvioinnissa merkittävä väestöryhmä ovat ikääntyneet (75 vuotta täyttäneet). Iäkkäät ihmiset ovat paitsi merkittävä palveluita käyttävä väestönosa, myös asiakasryhmä, jonka palveluiden käyttö jakautuu useisiin eri sektoreihin ja organisaatioihin. He ovat siten tiedolla johtamisen ja tietojen yhdistämisen näkökulmasta keskeinen ryhmä.

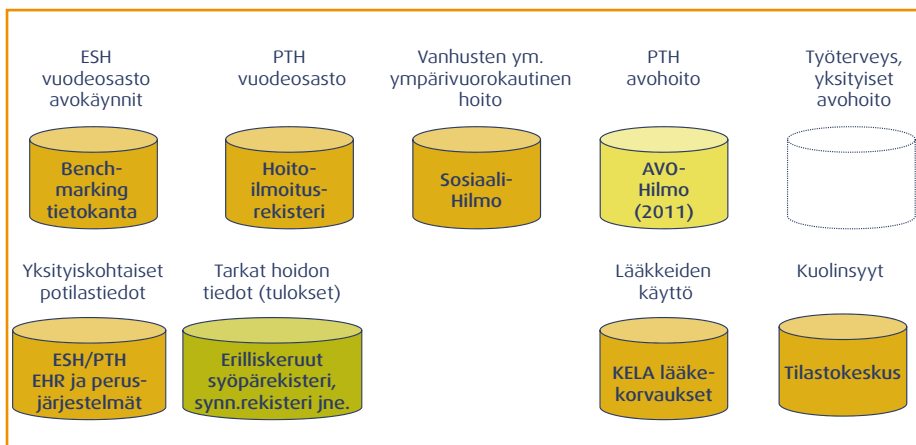


3

Rekisteritietojen hyödyntäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

3.1 Rekisteritietojen hyödyntämisen perinne

Terveydenhuollon palvelutoiminnan suorituskyvyn arvioinnissa yleisiä tietolähteitä ovat olleet THL:n hoitoilmoitusrekisteri, sairaaloiden benchmarking-tietokanta, Kelan lääkekorvaus- ja etuisuusrekisterit, Tilastokeskuksen kuolinsyytiedot sekä eräät muut erityisiin tarkoituksiin luodut tautiryhmän tai terveydentilan perusteella erilliset/eriytyneet rekisterit, esimerkiksi syöpätautien, synnytysten, endoproteesien ym. rekisterit.



Kuva 2. Terveydenhuollon toiminnan/käytön ja tuotannon mittaamisen keskeiset rekisterit kansallisella tasolla.

Terveydenhuollon rekistereihin perustuvalla arvioinnilla, vertailulla ja tutkimuksella on pitkä perinne Suomessa. Terveydenhuollon kansallisia rekistereitä on kehitetty ajan mittaan vastaamaan moniin erilaisiin tarkoituksiin. Eri tiedonkeruujärjestelmien tavoitteet vaihtelevat määrämuotoisesta kansallisesta ja kansainvälisestä viranomaistilastoinnista yksittäisiin epidemiologisiin tutkimuksiin tai selvityksiin. Eri aikoina ja eri tarpeista lähtenyt kehittämistyö on johtanut irrallisiin rekiste-

reihin, joiden hyödyntäminen hoitavien yksiköiden toiminnan kehittämiseen on ollut toistaiseksi suhteellisen vähäistä.

Eriytyneiden toiminta- ja taloustietojen yhdistämisen hyödyt ja haasteet olivat tiedossa jo 90-luvulla. Stakesin ja sairaanhoitopiirien yhteistyönä aloitettu sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuusvertailu teki kansallisesti urauurtavaa työtä vertailutiedon saamiseksi suorituskyvystä järjestelmällisesti.³ Palvelujärjestelmän arviointi kokonaisuutena ja sen erillisten osien arviointi alettiin nähdä hyödyllisenä, ja sairaaloiden Benchmarking-hankkeen vanavedessä alkoikin tulla lukuisia merkittäviä sovelluksia eri palvelualojen ja kuntatason indikaattoreiden vertailuun (Suun terveydenhuollon SUHAT, RAI-benchmarking, THL:n INDI-hanke jne.). Näissä uudenlaiset suorituskyvyn indikaattorit perustuivat erillisiin rekisteritietoja täydentäviin toiminta- ja taloustietojen keruisiin. Tietojen hyödyntäminen päätöksenteossa oli tärkeä tavoite edellä mainituissa kehittämishankkeissa.

Ikäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä sekä niihin liittyviä kustannuksia on suomalaisessa järjestelmässä aiemmin tutkittu vähän ja melko rajoitetuissa konteksteissa.⁴ Tyypillisesti tutkimus on rajattu koskemaan erillisiä, rajattuja palvelusektoreita (esim. vanhusten laitoshoido, kotihoito, erikoissairaanhoido) tai tarkasti määriteltyjä ilmiötä (esim. kuoleman ajallisesta läheisyydestä aiheutuvat kustannukset). SAKOTA-hankkeessa⁵ tarkasteltiin päivystyksen kautta erikoissairaanhoidon saapuneita ikääntyneitä potilaita sekä edellä mainitusta indeksitapahtumasta alkaneita palveluiden käytön hoitoketjuja. Björkgren ym.⁶ sekä Laine ym.⁷ analysoivat vanhusten laitoshoidon tuottavuuteen liittyviä tekijöitä. Kotihoidosta vertailuja on niukasti. Samoin kotihoidon vaikutuksia muuhun palvelujärjestelmään on selvitetty vähän, mutta muun muassa Groop⁸ on tutkinut kotihoidon järjestämiseen liittyviä tehostamisen keinoja. Kangasharju ym.⁹ ovat mitanneet vanhuspalveluiden tuottavuutta ottamalla huomioon hoidon vaikuttavuuden vanhusten toimintakykyyn kunnan omassa tuotannossa ja ostopalveluissa, ja esittäneet samalla yleisiä huomioita vanhuspalveluiden suorituskyvyn arvioinnin uudistamisen tarpeista.

3.2 Rekisteriaineistojen mahdollisuudet ja haasteet

Rekisteritiedot soveltuvat yksinkertaisista tietosisällöistään huolimatta varsin hyvin palveluiden kokonaismäärien (palveluiden väestömääriin suhteutettu käyttö, alueellinen palveluiden käytön vaihtelu), tuottavuuden sekä yksikkökustannusten arviointiin. Rekisteritietojen avulla voidaan yhdistää toimintatietoa (esimerkiksi HILMOsta) sopivasti rajattuihin taloustietoihin (esimerkiksi käyttömenot/SOTKA, nettokustannustiedot kuntien talustilastoinnista) tai väestötietoihin (Tilastokeskus, Sotkanet), jolloin saadaan arvokasta tietoa poikkileikkaus- ja aikasarja-

vertailuihin. Tällaisia esimerkkejä on runsaasti ja rekisteritietojen onkin arvioitu soveltuvan erityisesti muun muassa

- kuntakohtaisten kokonaiskustannusten vertailuun ja vakiointiin (Tarvevakioidut menot/THL)
- erikoissairaanhoidon käytön vertailuihin (kunta ja shp-taso/Sairaaloiden Benchmarking-hanke)
- sairaaloiden ja terveyskeskusten tuottavuusvertailuihin ja tuottavuuden seurantaan (Benchmarking-hankkeet)
- erilaisten asiakassegmenttien ja potilasryhmäkohorttien palveluiden käytön ja kustannusten seurantaan aikasarjassa (taloudelliset arvioinnit interventtioiden/teknologioiden budjettivaikutuksista)
- erilaisten asiakassegmenttien ja potilasryhmäkohorttien seurantaan ja siirtymiseen eri tilojen välillä (yhden vuoden kuolleisuus, päätyminen pitkäaikaishoittoon, PERFECT-hanke)

Rekisteritietoihin perustuva tutkimus on lisääntynyt voimakkaasti viime vuosina, ja tyypillistä rekisteritutkimusta terveydenhuollossa edustavat erilaisten potilasryhmien ja terveysongelmien kohorttiseurannat, joissa rekisteritutkimuksen vahvuudet ovat juuri käytännön olosuhteissa tapahtuvien vaikutusten ja kustannusten (ns. arkivaikuttavuuden) arvioinnissa. Potilasryhmitykset sekä kustannuslaskennan järjestelmistä yhdistetty tieto voidaan hyödyntää tehokkaasti rekisteritutkimuksessa, jolloin tutkittavien asiakaskohorttien palveluiden käyttö ja kustannukset ovat verrattain hyvin laskettavissa. Henkilötunnus mahdollistaa eri rekisterien tiedon liittämisen henkilötasolla ja merkittävät palvelu- ja muut tapahtumat saadaan esiin suhteellisen kattavasti rekistereistä.

Rekisterien käyttöön liittyy myös merkittäviä haasteita. Tehoton, eri sektorilaitoksille ja organisaatioille siiloutunut hidaskäyttöinen ja epäselvin säännöin toimiva kansallinen rekisteristö kaipaisi selkeästi johdettua uudistumista.¹⁰ Perusjärjestelmien käytettävyyden ongelmat, heikko integroituvuus ja vaihteleva tiedon laatu vaikuttavat suoraan rekisteritietoihin ja niiden luotettavuuteen ja käyttökelpoisuuteen päätöksenteossa. Tietosisältö rekistereissä on harvoin riittävää esimerkiksi eri hoitovalintojen vaikuttavuuden arviointiin, eikä toiminnan ohjauksen kannalta olennaista tietoa henkilöstöpanosten käytöstä ole integroitu järjestelmiin.

Tiedon ajantasaisuus on usein tärkeää johtamista ja käytännön päätöksentekoa tukevan informaation tuottamisessa. Viiveet rekisteritietojen valmistumisessa ovatkin edelleen suuri ongelma. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilötason tietojen yhdistämiseen liittyy myös tietosuojasäädösten ja -järjestelmien yhteensopimattomuuden vuoksi perustavanlaatuisia ongelmia.



4

Rekisteriperusteinen tutkimus ikääntyneen väestön palveluiden käytöstä

4.1 Tietoa palveluiden ohjaamisen ja päätöksenteon tueksi

Minkälaista tietoa tarvitaan ikääntyneen väestön palveluiden johtamisen tueksi? Onko sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja mahdollista käyttää nykyistä tehokkaammin, palveluiden laadusta tinkimättä? Onko mahdollista saavuttaa tehokkaampi ja integroituneempi iäkkäiden palvelujärjestelmä, esimerkiksi välttämällä päällekkäistä palveluiden käyttöä ja tarpeetonta, kallista sairaalahoitoa? Edellä oleviin kysymyksiin haetaan vastauksia Kuntaliiton ja Aalto-yliopiston käynnistämässä yhteisessä tutkimushankkeessa, jossa arvioidaan 75 vuotta täyttäneiden sote-palveluiden käyttöä sekä kunnittaista vaihtelua vaikutuksineen. Myöhemmin esitettävät tapausesimerkit perustuvat tähän tutkimukseen ja sen aineistoihin.

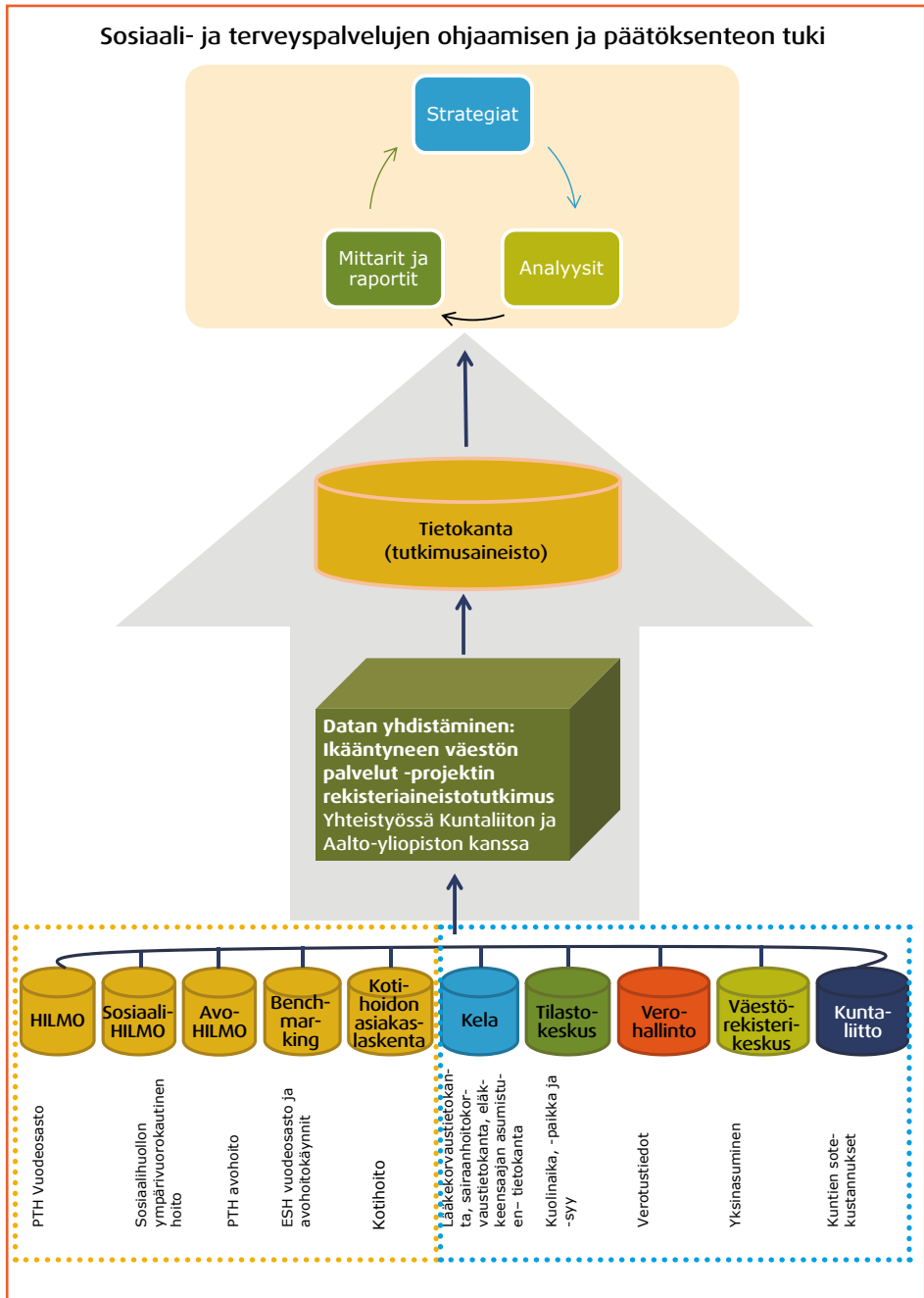
Tutkimuksessa tunnistetaan ja analysoidaan iäkkäiden ihmisten sote-palvelujärjestelmän suorituskykyyn vaikuttavat keskeiset tekijät. Tämä on tärkeää toiminnan suunnitteluun, ohjaukseen ja johtamiseen liittyvien menetelmien kehittämisessä ja käytäntöön soveltamisessa. Tutkimuksen perusteella selvitetään, voidaanko iäkkäiden ihmisten palvelukokonaisuuksien suorituskyvyn arvioimiseen käyttää perusjärjestelmien tiedoista johdettavia mittareita ja mikä selittää ikään suhteutettujen iäkkäiden ihmisten sote-kustannusten vaihtelua kuntien välillä. Tutkimuksessa tarkastellaan myös omaishoidon, kotihoidon, asumispalvelujen ja terveydenhuollon avopalvelujen vaikutuksia kalleimpien sote-palvelujen (kuten päivystys, erikoissairaanhoito, laitoshoido) käyttöön ja kustannuksiin.

Kuntaliiton ja Aalto-yliopiston yhteistutkimus toteutetaan hyödyntämällä arvioinnissa valtakunnallisia rekisteriaineistoja sekä sosiaali- ja terveydenhuollon perusjärjestelmistä saatavia tietoja.

Rekisteriaineistot käsittävät:

- Keskeiset terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden rekisteritiedot:
 - THL:n hoitoilmoitusaineistot (Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri eli HILMO¹¹, sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri eli SosiaaliHILMO¹², perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri eli AvoHILMO¹³) sekä kotihoidon asiakaslaskenta¹⁴,
 - THL:n sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus -rekisteri eli sairaaloiden benchmarking-tietokanta,
- Tilastokeskuksen kuolemansyytilasto¹⁵ sekä
- Kelan lääkekorvaustietokanta, sairaanhoitokorvaustietokanta, eläkkeensaajan asumistuen tietokanta
- Verohallinnon verotietokannan tiedot verotettavista tuloista¹⁶
- Väestörekisterikeskuksen tieto yksinasumisesta¹⁷

Tutkimuksen tietokantaan on yhdistetty rekisteri- ja perusjärjestelmätietojen lisäksi täydentäviä tietoja erillistiedonkeruista, esimerkiksi kuntien toteutuneista kustannuksista terveydenhuollon ja sosiaalitoimen eri osa-alueilla. Kuvassa 3 on kuvattu tutkimuksen tietokannan muodostuminen ja tietojen hyväksikäyttö.



Kuva 3. Kuntaliiton ja Aalto-yliopiston tutkimushankkeen tietolähteet ja tiedon jalostaminen sosiaali- ja terveystalveluiden ohjaamiseen ja päätöksenteon tueksi.

Tutkimuksessa kerättiin tiedot kaikista 75 vuotta täyttäneiden sote-palveluihin liittyvistä tapahtumista vuosilta 2008–2014 suurista ja keskisuurista kunnista, jotka ovat mukana Kuntaliiton suurten ja keskisuurten kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannusvertailuissa. Suurten ja keskisuurten kuntien rinnalle otettiin verrokkiryhmäksi joukko kustannusvertailuihin kuulumattomia pienempiä kuntia.¹⁸

Edellä kuvattu sote-palveluita ja kustannuksia yhdistävä tutkimustietokanta tarjoaa kiinnostavan esimerkin ja mallin alueelliseen palvelukokonaisuuksien tarkasteluun. Koska tämän kaltainen perusjärjestelmistä ja rekistereistä saatavan tiedon sekä kustannusten yhdistely on verrattain uutta ja laajuudessaan ainutlaatuinen, päätimme jo tutkimuksen varhaisessa vaiheessa julkaista tutkimuksen tuloksia sote-palvelukokonaisuuksien laskennasta heti alustavien tulosten valmistuttua. Siten hyödynnämme aineistoa myös tässä raportissa.

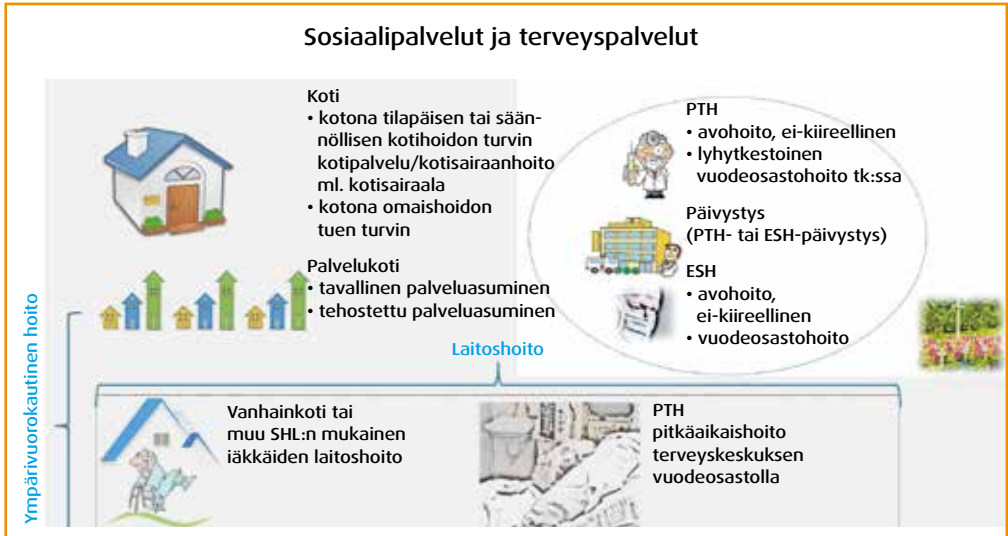
4.2 Tutkimusasetelma – sote-palvelut systeemisenä kokonaisuutena

Rekisteritietojen käytön rajoitteista huolimatta perusjärjestelmien sisältämät nykyiset tiedot ja niiden pohjalta saatavat rekisterit mahdollistavat varsin yksityiskohtaisen sote -palvelutapahtumien seurannan ja vertailun. Samoin palveluiden ja niiden toimivuuden tarkastelun järjestelmätasolla. Tämä tarkoittaa, että palveluja ja niiden suorituskykyä ei tarkastella vain yksittäisten palveluiden osalta, vaan palveluita tarkastellaan monimuotoisena ja monitasoisena eri palveluiden kokonaisuutena, systeeminä. Ikääntyneiden palvelujärjestelmää keskeisimpine palveluineen, jotka ovat tässä tutkimuksessa mukana, voidaan kuvata kuvan 4 mukaisena kokonaisuutena.

Tutkimushankkeemme ei kata aivan kaikkia iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveyspalveluja. Tarkastelun ulkopuolelle jäävät muun muassa sellaiset iäkkäiden sosiaalipalvelut kuin perhehoito ja päivätoimintakeskukset, koska näistä ei ole saatavissa toimintatietoa valtakunnallisista rekistereistä.

Kuvassa 4 esitetyt palvelut on kuvattu tarkemmin liitteessä 1. Kuvion kaksi ylintä riviä edustavat avohoitoa (perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lyhytaikaista laitoshoidtoa lukuun ottamatta) ja alin rivi pitkäaikaista laitoshoidtoa. Kuvion harmaat alueet kuvaavat ns. tiloja, joissa iäkkäät ihmiset voivat olla. Oma, viimeisimpänä, ”tilana” on kuolema.

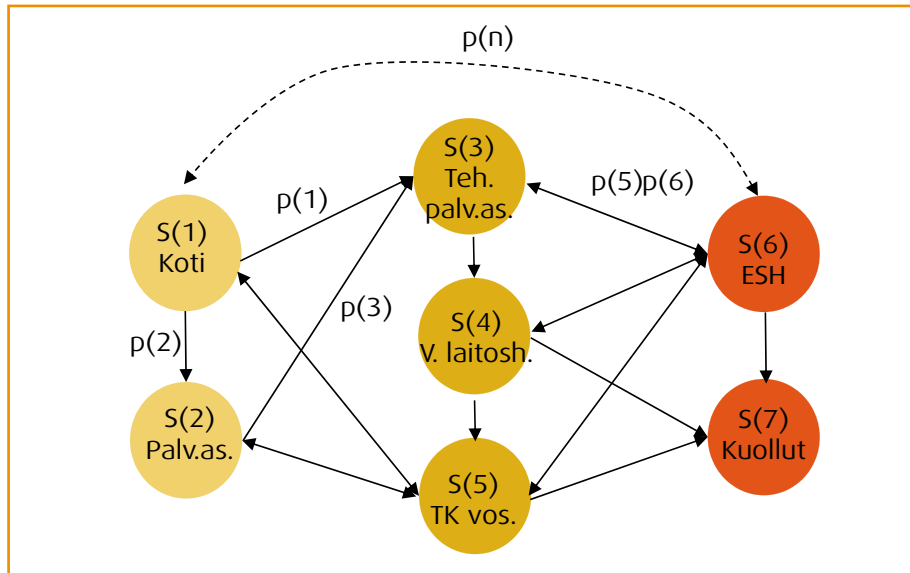
Palvelujen käyttämistä kuvaavissa ”tiloissa” olemista on hyvä peilata vanhuspalvelulakiin. Vanhuspalvelulain 14 §:n mukaan kunnan on toteutettava iäkkään



Kuva 4. Tutkimuksen kohteena oleva iäkkäiden sosiaali- ja terveystpalveluiden järjestelmä.

henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Kunta voi vastata iäkkään henkilön palveluntarpeeseen pitkäaikaisella laitoshoidolla vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet.

Rekisteritietojen pohjalta voidaan mallintaa kuvan 5 mukainen systeemi periaatteessa mille tahansa hyvin määritellylle iäkkäiden ihmisten kohortille tai asiakasryhmälle. Yhteinen henkilötunnus mahdollistaa kotihoidon asiakkaiden, erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon sekä sosiaalihuollon asumispalveluiden sisältämän hoitokokonaisuuksien laskennan esimerkiksi ikäryhmittäin. Lisäksi rekisteritieto sisältää aikaleimat jokaisen henkilön siirtymisestä palvelusta toiseen eli tilasiirtymästä. Näiden aikaleimojen perusteella on mahdollista tunnistaa tutkittavan väestöryhmän jokaisen henkilön sijainti kunakin ajanhetkenä kuvan 5. systeemissä.



Kuva 5. Ikääntyneiden palvelusysteemin mallintaminen ja suorituskyvyn mittaaminen: eri sote-palveluiden tilat $S(i)$ ja siirtymätodennäköisyydet $p(i)$ tilojen välillä. Kuvion selkeyttämisen vuoksi kaikkia mahdollisia siirtymäreittejä ei ole kuvattu.

Sote-palveluiden käyttö vaihtelee muun muassa yksilön iän sekä terveydentilan ja toimintakyvyn mukaan. Kunta- ja palveluyksikkötasolla myös palveluiden järjestämistapa (esim. kotihoidon palvelujen saatavuus, käyntitiheys ja tehokkuus) vaikuttaa muiden sote-palveluiden, kuten laitospalveluiden tai päivystyksen käyttöön ja kustannuksiin. Esimerkiksi ongelmat perusterveydenhuollon palveluiden saatavuudessa tai laadussa saattavat vaikuttaa siihen, että hoitoalan ammattilaiset ohjaavat iäkkään potilaan epätarkoituksenmukaisesti päivystykseen. Terveyskeskusten ja kotihoidon työntekijöiden osaaminen ja heidän kyky tunnistaa iäkkään ihmisen avuntarve ja ohjata potilaita hoidettavaksi tarkoituksenmukaisimpaan toimipisteeseen asianmukaisella kiireellisytydellä, onkin akuuttihoitopalveluiden oikean kohdentumisen kannalta keskeistä.²⁰ Lääkäripalvelujen ja erityisesti geriatrisen asiantuntemuksen järjestäminen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen asiakkaille vähentää päivystyspalveluiden käyttöä ja asiakkaiden tarpeettomia siirtoja eri hoitopaikkojen välillä.²¹

Tärkeä osa ikääntyneiden sote-palveluiden kustannusvaikuttavuusanalyysin peruselementeistä voidaan muodostaa selvittämällä valitulla aikavälillä eri palveluiden käyttö, käytön todennäköiset syyt (riskivakiointi), ikääntyneiden siirtymät asumismuodoista ja -palveluista toiseen (karkeana vaikuttavuuden mittarina) ja näiden kustannukset.

Palvelujen käyttöä ja siirtymiä voidaan verrata joko kunnan omaan aiempaan toteutumaan tai muihin kuntiin. Systeemin osatekijöiden tarkastelu (esim. ikääntyneiden päivystyksen käyttö) voi auttaa tekemään päätelmiä eri interventioiden ja palveluidenjärjestämistapojen hyödyllisyydestä kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta.

4.3 Ikääntyneen väestön palveluiden käyttöön liittyvä rekisteriaineisto

Tutkimuksen rekisteriaineisto kerättiin yksilö- ja hoitotapahtumakohtaisina tietoina THL:n hoitoilmoitusrekistereistä, Kelan sairausvakuutus- ja muista tilastoista, Tilastokeskuksen kuolinsyytilastosta, Väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmästä sekä Verohallinnon tilastoista.²² Tutkimuksen ensisijaisena aineistona käytettiin THL:n hoitoilmoitusrekisterien potilastapahtumia sekä perusterveydenhuollossa, sosiaalitoimessa että erikoissairaanhoidossa. Aineistossa olevat henkilötunnukset ovat kryptattuja, eli aineisto ei sisällä tunnistetietoja. Liitteessä 2 on lueteltu tutkimuksen kohteena olevat palvelut ja niiden HILMO-määritysten mukainen tietosisältö.

Tutkimuksen yksilötason tiedot perustuivat vuodesta 2011 alkaen suurten ja keskisuurten kuntien kaikkien 75 vuotta täyttäneiden terveys- ja sosiaalipalveluiden kontaktitason tietoihin (ks. Liite 3. Lista tutkimukseen kuuluvista kunnista). Tiedot kerättiin THL:n rekistereistä vuosilta 2011–2014 seurantana kaikista otoskuntiin kuuluvista kuntalaisista, joiden syntymävuosi oli 1939 tai aikaisempi. Tutkimusaineistossa oli yhteensä 316 470 henkilöä. Tilastokeskuksen kuolemansyrekisteristä kerättiin kuoleman ajankohta, kuolinsyy (54-luokkainen luokitus) sekä kuolinpaikka. Kelan aineistosta yhdistetään samaan aineistoon henkilötasoisena tietoa 75 vuotta täyttäneiden sairausvakuutuskorvauksista, eläkkeensaajan hoitotuesta sekä eläkkeensaajan asumistuesta.

Tutkimuslupahakemukset lähetettiin arvioitavaksi THL:ään, Kelaan, Tilastokeskukselle, Verohallintoon ja Väestörekisterikeskukseen. THL:n Tieto-osasto toimi sekä rekisteritutkimusten valtakunnallisena lupaviranomaisena, että päätti omien rekistereidensä tutkimusluvista. Tietosuojavaltuutetulta oli pyydyttävä lausunto ja puolto eri rekisterien tietojen yhdistämiseen henkilötunnustasolla. Tietosuojavaltuutetulta saatiin asiaan myönteinen kanta. Tutkimuslupien saaminen kesti noin kaksi vuotta. Aineiston valmistumisaikaa pidensivät myös viranomaisten lisäselvityspyynnöt, vaatimukset uusista liitteistä ja lupien ketjutus.

Tutkimusvuosien 2011–2014 lisäksi kerättiin vertailukelpoisuutta lisääviä vakiointeja varten historiatietoa kolmelta edeltävältä vuodelta 2008–2010. Histo-

riatiedot käsittivät edellä mainituissa tutkimuksen rekistereissä olevan tiedon asiakkaiden palveluiden käytöstä.

4.4 Palveluiden määrän ja kustannusten laskenta

Kustannusten määrittelyissä viitataan yleensä aiheuttamisperiaatteen mukaisiin (toteutuneisiin) suoriin kustannuksiin. Suorissa kustannuksissa huomioidaan yleensä lääkekustannukset, erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit ja vuodeosastojaksot sekä perusterveydenhuollon kontaktit (käynnit, puhelut, sähköiset yhteydenotot) kaikilla ammattiryhmillä sekä perusterveydenhuollon vuodeosastopäivät. Sosiaalipalveluista on tyypillisesti mukana laitoshoidon sekä ympärivuorokautisen palveluasumisen hoitopäivät sekä kotikäynnit (jotka sisältävät siis kotisairaanhoidon ja kotipalvelut).

Kaksi yleistä tapaa laskea palveluiden määrä ja kustannukset

Laskennallisten kustannusten määrittämiseen on olemassa useita eri lähestymistapoja, joista kuvataan lyhyesti kaksi yleisesti käytettyä tapaa. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköillä ei olisikaan käytössään kustannuslaskentaa, voidaan palvelutoiminnan panosten käyttö kohdentaa laskennallisesti hoitosuoritteisiin (välisuoritteisiin) ja nämä välisuoritteet hinnoitella potilasryhmitysten (esim. erikoissairaanhoidon DRG-ryhmittely) ja yksikkökustannusstandardien avulla. Hoitokokonaisuuksien kustannukset ovat näiden välisuoritteiden kustannusten summia. Kaikki ryhmittelytieto ei kuitenkaan ole suoraan maan laajuisesti saatavilla, esimerkiksi vanhusten laitoshoidon ryhmittelytieto (RUG-ryhmitys) sekä PTH:n avotoiminnan ryhmitykset (APR, pDRG) eivät ole saatavilla kansallisista järjestelmistä.²³

Mikäli palvelukokonaisuudet voidaan luokitella standardeilla potilasryhmityksillä tai tuotteistusmenetelmillä, on niiden käyttö suositeltavaa. Jokainen ryhmitelty aineiston rivi tulee lisäksi varustaa nk. kustannuspainoilla, joita on saatavilla eri lähteistä. Näitä on saatavilla joko kansallisella tasolla (esim. NordDRG painojärjestelmä, Suun terveydenhuollon SV-koodit) tai erillisistä tutkimuksista tai selvityksistä. Kustannuspainot kertovat palvelusuoritteiden kustannuksen suhteessa muihin palvelusuoritteisiin. Kustannuspainojärjestelmä voidaan muuntaa yksikkökustannukseksi kertomalla se mahdollisesti vuosittain ja yksiköittäin muuttuvalla vakiolla. Tehtävään liittyvien kokonaiskustannusten, suoritemäärän ja suoritteisiin liittyvien painokertoimien avulla saadaan lasketuksi kustannukset kullekin suoritteelle. Joissakin sote-palveluissa valmiita tuotteistus- tai ryhmitysmenetelmiä ei ole saatavilla, jolloin on mahdollista hyödyntää esimerkiksi THL:n yksikkökustannusraportin arvioita. Näitä ovat muun muassa perusterveydenhuollon

terveyskeskusten hoitajaksot ja -päivät sekä erilaiset sosiaalitoimen ympärivuorokautiset hoidot. Jos perusterveydenhuollon avokontakteihin ei käytetä ryhmitteilyjä, voidaan yksikkökustannusraportista etsiä keskihinnat eri ammattiryhmien, toimintojen sekä yhteystapojen mukaan.

Menetelmä 1: laskennalliset palveluiden kustannukset huomioivat yksikön tai alueen kustannustason

Toteutuneiden kustannusten käyttö edellyttää, että käytettävissä on sopivalla tarkkuudella (esim. avohoito- ja vuodeosastohoito erikseen, eri sote-yksiköt) yksiköiden tilinpäätösten ja sisäisen laskennan tiedot kustannuksista. Kun toteutuneet kokonaiskustannukset yhdistetään kunkin yksikön ryhmiteltyyn ja kustannuspainojen avulla painotettuun palvelutuotannon kokonaismäärään, voidaan laskea vakioitu yksikkökustannus (= ”tuotospisteen hinta”). Tätä menetelmää käytetään tutkimuksesta julkaistavassa myöhemmässä artikkelissa, jossa iäkkäiden palveluiden toteutuneet kustannukset kerättiin Kuntaliiton suurten ja keskisuurten kuntien kustannusvertailusta.

Menetelmä 2: laskennalliset palveluiden kustannukset määritetään standardikustannuksin

Hieman karkeampaa menetelmää voi käyttää, jos toteutuneita kustannuksia ei ole saatavilla yksiköittäin tai jos erityisenä kiinnostuksen kohteena ovat hoitokäytäntöjen erot. Tällöin yksiköittäin vaihteleva kustannustaso korvataan nk. standardikustannuksilla, jossa jokainen suorite hinnoitellaan saman keskekustannuksen avulla. Tällöin menetelmä ei tunnista kuntien välisiä tuottavuuseroja.

Käytämme tässä raportissa menetelmän 2 mukaista laskentaa. Potilas-/kontaktitason aineistot esikäsiteltiin tässä aineistossa siten, että kullekin kontaktille tai tapahtumalle määritettiin nk. laskennallinen standardikustannus.

Tässä raportissa esitettyjen laskennallisten kustannusten määrittäminen perustui siis suuntaa-antavaan tarkkuustasoon, jossa palvelutapahtumien kustannukset laskettiin seuraavasti eri palveluryhmittäin:

Erikoissairaanhoidon avo- ja vuodeosastohoito	NordDRG FullDRG -ryhmät	Kustannuspainot
Perusterveydenhuollon avokäynnit	Ammatti- ja kontaktityyppien mukaiset	standardikustannukset
Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito	Akuutti- ja pitkäaikaishoidon	standardihoitopäivähinnat
Sosiaalitoimen ympäri- vuorokautiset hoidot sekä tavallinen palveluasuminen	Palvelualoitain	hoitopäivien standardikustannukset
Kotihoito	Ammatti- ja käyntityypeittäin	standardikustannukset

Perusterveydenhuollon avotoiminnassa määritettiin kaikille välisuoritteille keskimääräiset kustannukset (välisuoritteet = erityyppiset kontaktit) kontaktityypin, henkilöstöryhmän ja toiminnon/palvelualan suhteen. Eri välisuoritelajien/tuoteryhmien kustannusten määrittämisessä hyödynnettiin laajempaan terveyskeskustietojen otokseen perustuvia avohoidon potilasryhmittämisestä suhteellisia kustannuspainoja. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannukset määritettiin hoitopäivien perusteella. Hoitopäivät jaettiin kahteen ryhmään: akuuttihoito ja pitkäaikaishoito. Näissä käytettiin THL:n yksikkökustannusraportin mukaisia hoitopäiväkustannuksia.

Erikoissairaanhoidon avo- ja vuodeosastohoidoissa käytettiin NordDRG:n fullryhmittelyä ja kansallisia kustannuspainoja, joihin tehtiin sairaalataso (yliopistosairaala, keskussairaala ja muut ESH:n yksiköt) korjaus keskimääräiselle DRG-pistehinnalle.

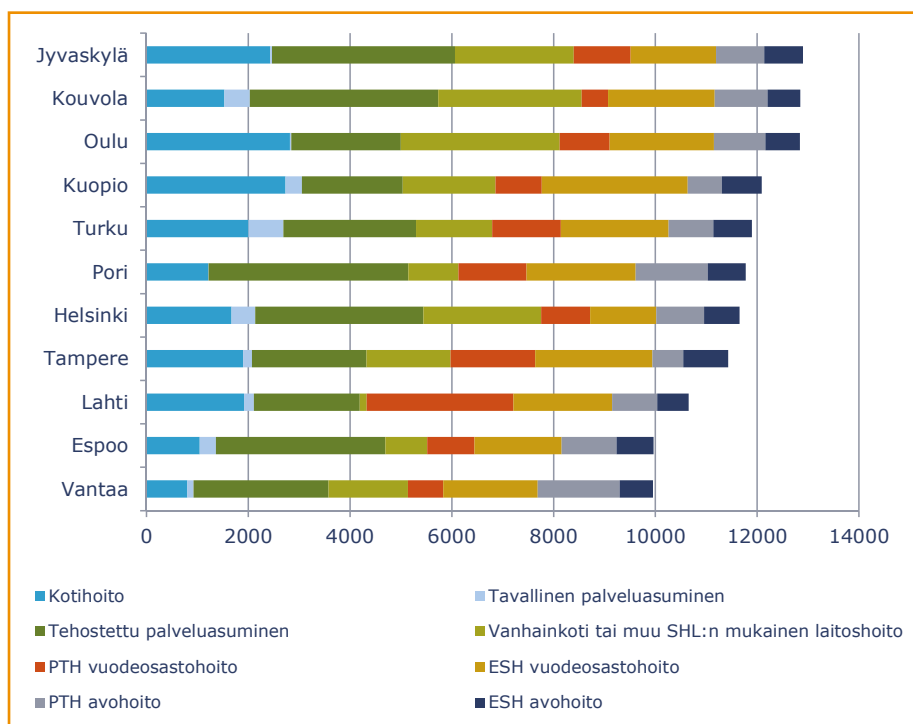
Sosiaalitoimen ympärivuorokautiset hoidot (vanhusten laitoshoidon hoitopäivät ja tehostetun palveluasumisen hoitopäivät) sekä tavallisen palveluasumisen hoitopäivät hinnoiteltiin niin ikään THL:n yksikkökustannusraportissa määritetyillä hoitopäiväkustannuksilla. Säännöllisen kotihoidon palveluiden kustannukset perustuivat käyntien lukumääriin, jotka hinnoiteltiin THL:n yksikkökustannusraportin mukaisella keskimääräisellä käynnin kustannuksella.

5

Tapausesimerkit palveluiden käytön arvioinnista ja vertailuista

5.1 Tapausesimerkki 1 – sote-kustannukset

Tapausesimerkissä 1 tarkasteltiin ja vertailtiin alueellisia (tässä suurten kaupunkien) iäkkäiden palvelukokonaisuuksia eri palvelualoihin ryhmiteltyinä. Tulokset perustuvat rekisteritietojen poimintoihin, joissa vuoden 2013 tiedoilla verrattiin iäkkäiden ihmisten palveluiden käyttöä euroina ja eri palvelujen käytön suhteellisinä osuuksina. Yksilötason laskentaa hyödyntäen tutkittiin myös kustannusjakaumien eroja sekä paljon kustannuksia aiheuttavien asiakkaiden eli ns. kalliiden tapausten prosentuaalisia osuuksia eräissä tutkimusaineiston kaupungeissa.



Kuva 6. 75 vuotta täyttäneiden väestöön suhteutettu sote-palveluiden euromääräinen käyttö palvelualoittain vuonna 2013 suurissa kaupungeissa.²⁴

Kuvassa 6 on esitetty suurten kaupunkien 75 vuotta täyttäneiden sote-palveluiden keskimääräiset kustannukset palvelualoittain. Laskennalliset sote-kustannukset vaihtelivat Espoon 9 958 euron ja Oulun 12 899 euron per henkilö välillä. Lahdessa perusterveydenhuollon vuodeosastokäyttö oli runsasta, Vantaalla korostuivat PTH:n avopalvelut ja Kouvolassa oli suhteellisesti paljon sosiaalihuollon ympärivuorokautista hoitoa. Kuopiossa taas erottuivat poikkeuksellisen suuret erikoissairaanhoidon vuodeosastojen kustannukset.

Standardikustannusvertailun perusteella näyttää siltä, että suurin kustannusvaihtelu liittyy sosiaalipalveluihin.

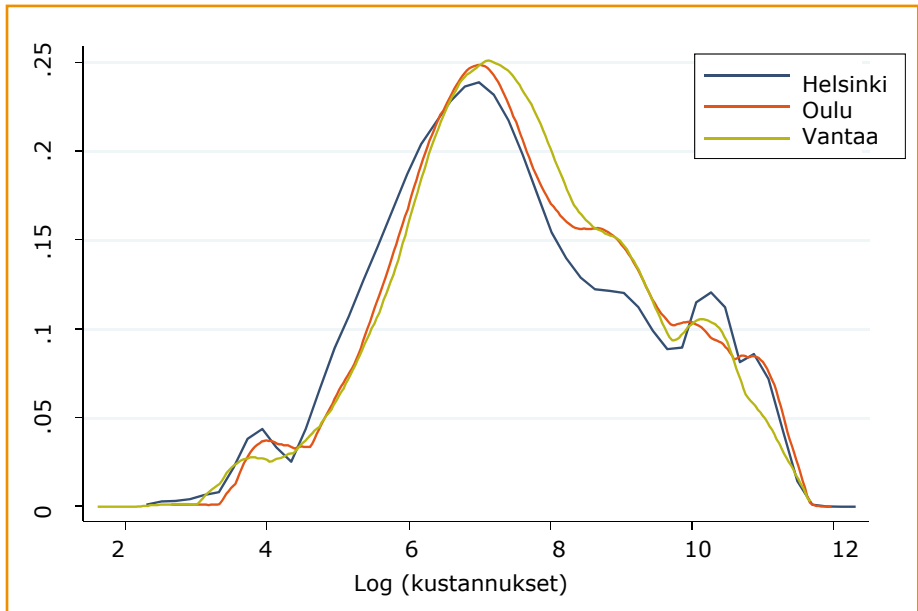
Yksilötason sote-kustannukset

Yksilötason tietojen ja kustannusten laskenta mahdollistaa monipuoliset kustannusten jakaumiin perustuvat analyysit. Tutkimusaineiston avulla voidaan koota yhteen kunkin iäkkään ihmisen sote-kustannukset yksilökohtaisesti ja vertailla niistä muodostettuja jakaumia. Jakaumien ja niiden erojen tarkastelu voi osoittaa mielenkiintoisia eroja, jotka ovat hyödyllisiä erilaisissa asiakasryhmien ja palvelukokonaisuuksien vertailevissa analyyseissä. Näin voidaan tarkastella esimerkiksi sitä, onko eroja siinä, missä palveluissa iäkkäitä ihmisiä hoidetaan eri kunnissa ja miten erot vaikuttavat kustannuksiin tai muuhun tarkasteltavana olevaan ilmiöön, kuten kuolleisuuteen.

Kustannusjakaumat ovat tyypillisesti erittäin ”vinoja”. Eli keskimäärin henkilöillä on suhteellisen vähäiset kokonaiskustannukset, mutta toisaalta pienen vähemmistön kustannukset ovat poikkeuksellisen suuret.

Kustannusjakaumien tietoja voidaan käyttää tilastollisissa malleissa, kun halutaan etsiä kustannuseroja selittäviä tekijöitä. Kuvan 7 jakaumassa nähdään eräitä kiinnostavia eroavaisuuksia ja selvästi erottuvat tapausten tihentymät tai huiput Helsingissä arvoilla $\ln(\text{kust}) = 4$ ja (n. 60 e) ja $\ln(\text{kust}) = 10,5$ (n. 37 000 e). Kuvion kustannustietoja voi olla vaikea hahmottaa. Vertaus saattaa helpottaa asiaa. Esimerkiksi yhdestä kahteen kotihoidon käyntiä vuoden aikana aiheuttaa noin 60 euron kustannukset, kun taas hoito tehostetun palveluasumisen yksikössä ilman merkittäviä terveydenhuollon palveluja noin 37 000 euron kustannukset.

Yleisvaikutelma näiden kolmen kaupungin sote-kustannusten jakaumissa on kuitenkin se, että palveluita käyttäneiden osuudet vähän käyttäneiden ja paljon kustannuksia aiheuttaneiden asiakkaiden ryhmissä ovat näissä kolmessa kaupungissa varsin samanlaiset.

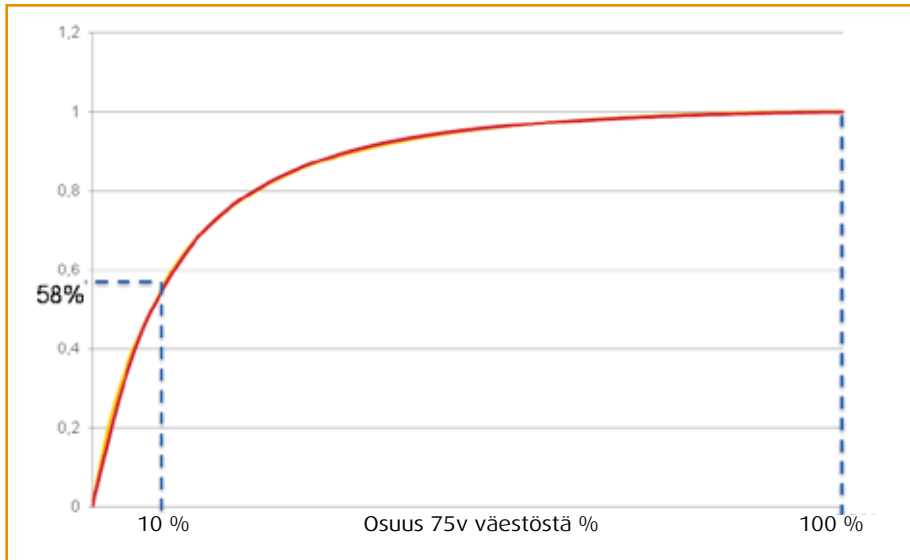


Kuva 7. Yksilökohtaiset SOTE-kustannusten (logaritimuunnetut) jakaumat yli 75-vuotiailla. Pystyakselilla on väestöryhmän osuus 75 vuotta täyttäneistä ja vaakakselilla on asiakkaaseen liittyvän kokonaiskustannuksen logaritmi.

Paljon kustannuksia aiheuttavat asiakkaat yksilötason aineistoissa

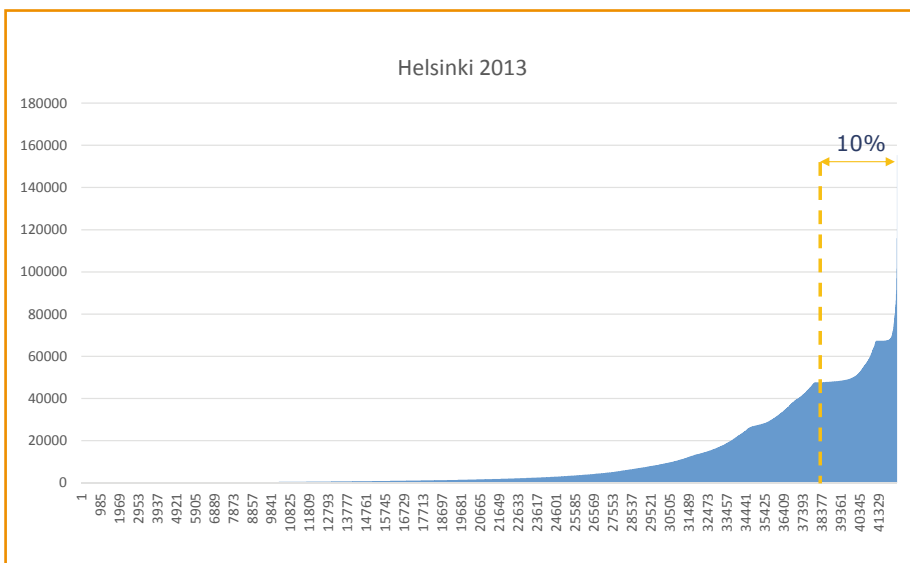
Kuvassa 8 on esitetty kahden kokonaiskustannuksiltaan ääripäässä olevan kaupungin, Oulun ja Vantaan kumulatiivisia kustannuksia siten, että henkilöt on järjestetty x-akselilla henkilökohtaisten sote-kustannusten mukaiseen järjestykseen. Kuvassa Oulun ja Vantaan kustannuksien kuvaajat ovat niin samanlaiset, että ne kulkevat päällekkäin.

Aineistosta havaitaan, että 10 prosenttia kalleimmista 75 vuotta täyttäneistä asukkaista aiheuttaa 59 prosenttia kustannuksista Oulussa ja Vantaalla tilanne on lähes sama: 10 prosenttia aiheuttaa 58 prosenttia soten kustannuksista. Kalliiden asiakkaiden jakaumat näyttävät siis varsin samankaltaisilta jopa kustannuksiltaan ääripäitä edustavissa suurissa kaupungeissa.



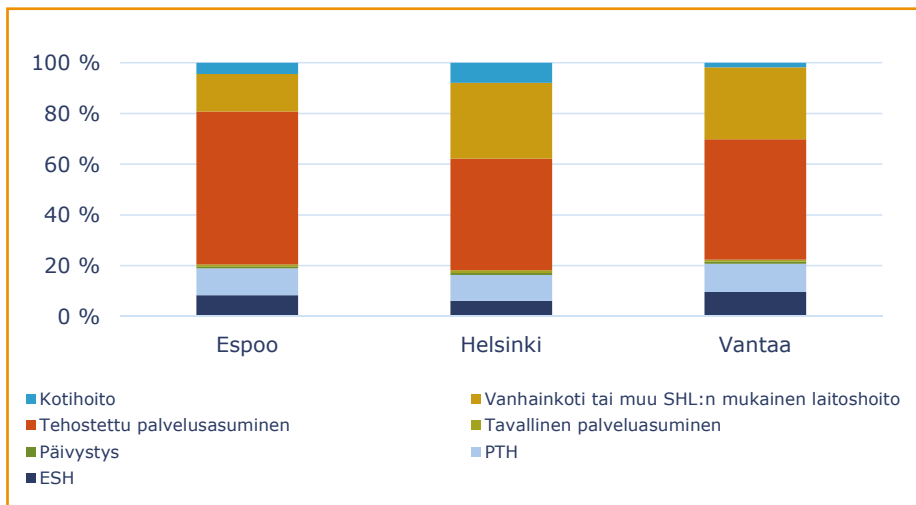
Kuva 8. Kumulaatiivinen prosenttiosuus sote-palveluiden euromääräisestä käytöstä (y-akseli) ja väestö järjestettynä sote-kustannusten mukaiseen suuruusjärjestykseen (x-akseli)

Kuvassa 9 on esimerkkinä järjestetty Helsingin 75 vuotta täyttäneet henkilöt x-akselilla henkilökohtaisten sote-kustannusten mukaiseen järjestykseen.



Kuva 9. Helsingin 75 vuotta täyttäneet henkilöt henkilökohtaisten sote-kustannusten mukaisessa järjestyksessä.

Kuvassa 10 on verrattu Helsingin, Vantaan ja Espoon 75 vuotta täyttäneiden palveluiden käytön kokonaiskustannusten osuuksia vuonna 2013 palvelualoittain erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa, kotihoidossa sekä sosiaalitoimen ympärivuorokautisesta hoidosta jaettuna tehostettuun palveluasumiseen ja vanhusten laitoshoidon. Tässä tarkastelussa ovat mukana vain paljon kustannuksia aiheuttaneet asiakkaat, eli ne kuntalaiset, jotka kuuluvat kalleimpaan kymmenykseen 75 vuotta täyttäneistä. Kalleimpaan kymmenykseen sijoittuvat ne, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteiskäyttö ylittää 38 400 euroa vuoden aikana. Tämä summa tulee täyteen esimerkiksi niillä, joilla on koko vuoden ympärivuorokautinen hoitopaikka.



Kuva 10. Paljon kustannuksia aiheuttaneiden asiakkaiden palveluiden käytön kustannusten prosentuaaliset osuudet 2013 palvelualoittain.

Helsinki erottuu selvästi pienemmällä erikoissairaanhoidon osuudella, kun taas Espoossa ja Vantaalla erikoissairaanhoidon osuus oli suurempi. Terveystenhuollon osuus oli noin 20 prosenttia ”kalliiden asiakkaiden” keskimääräisistä sote-kustannuksista. Vastaavasti Helsingissä käytettiin suhteellisesti enemmän kotihoidon ja vanhusten laitoshoidon palveluita. Espoossa korostui erikoissairaanhoidon ohella tehostetun palveluasumisen osuus.

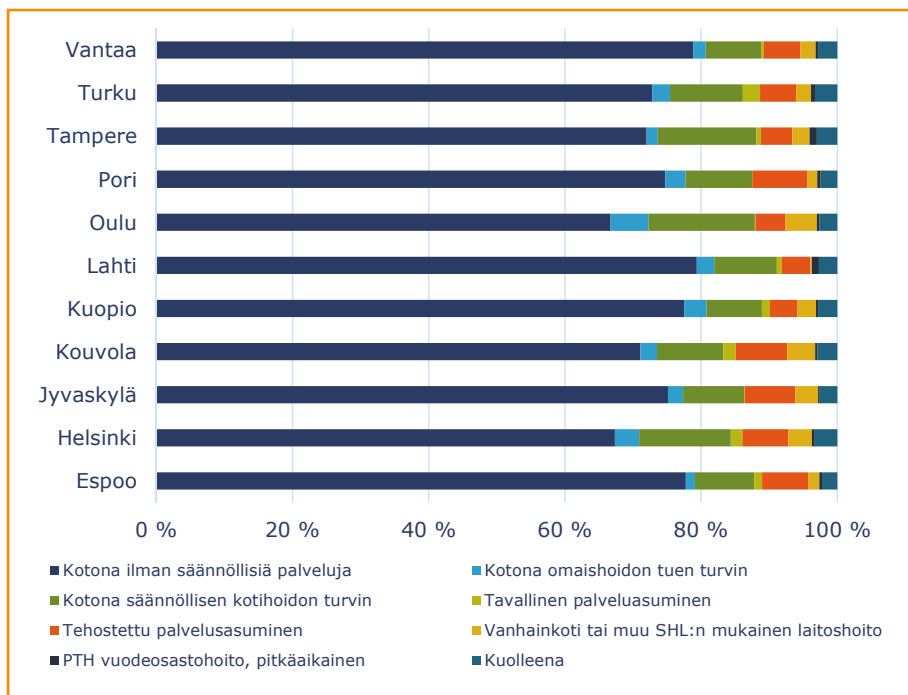
5.2 Tapausesimerkki 2 – siirtymät palveluiden välillä

Tapausesimerkissä 2 havainnollistetaan, miten rekisteritiedossa olevan tapahtumätiedon avulla voidaan määrittää jokaisen kunnan asukkaan viipyminen eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käytön ”tiloissa”. Tämän tiedon avulla voidaan

kuvata se, miten asiakkaat sijoittuvat eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ”tiloihin” (kuva 4) tai ovat päätyneet tilaan ”kuolema”. Lisäksi näytetään, miten keskeisiä ja kiinnostavia siirtymiä (esim. päätyminen johonkin palvelualaan) voidaan suhteellisen yksinkertaisesti vertailla näillä aineistoilla.

Rekisteritieto sisältää aikaleimat jokaisen palvelutapahtuman ja (tila)siirtymisen osalta. Näiden aikaleimojen perusteella on mahdollista tunnistaa jokaisen henkilön sijainti eri palvelumuodoissa kunakin ajanhetkenä kunnan sote-systeemissä. Kuvassa 11 on laskettu suhteelliset osuudet eri tiloissa vietetystä kokonaisajasta kunnittain.

Koska perusterveydenhuollon vuodeosaston asiakkaiden osalta ei ole luotettavaa tietoa siitä, onko asiakas pitkä- vai lyhytaikaisasiakas, pitkäaikaisasiakkaiksi laskettiin kaikki ne, joilla oli yli 90 vuorokauden hoitajakso. Myöskään tehostetun palveluasumisen asiakkuuden pitkäaikaisuudesta ei ole luotettavaa tietoa. Tässä kuviossa pitkäaikaiseksi määriteltiin kaikki ne asiakkaat, joilla oli pitkäaikaismerkintä tai joiden kokonaishoitopäivien määrä ylitti 90 vuorokautta.



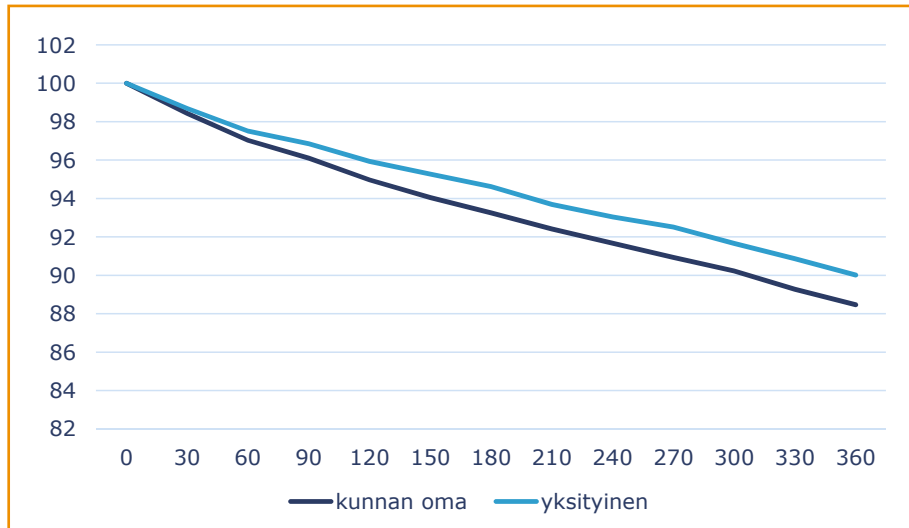
Kuva 11. 75 vuotta täyttäneiden suhteelliset osuudet eri tiloissa vietetyistä päivistä vuonna 2013. Suuret kaupungit.

Kuvasta 11 voidaan todeta, että keskimäärin hieman alle 90 prosenttia 75 vuotta täyttäneiden vuoden aikana viettämistä päivistä ollaan joko kotona ilman säännöllistä kotihoitoa tai kotihoidon palveluja saaden. Verrattain suuri osuus 75 vuotta täyttäneistä asuu kotona. Kuvan 11 suurista kaupungeista ilman kotihoitoa kotona vietettyjen vuorokausien osuus oli suurin Espoossa, Vantaalla ja Lahdessa. Nämä kaupungit ovat myös edullisimpia, kun verrataan kustannuksia standardikustannusten mukaisesti (kuva 6). Tämä osoittanee, että kustannusten alhaisuus (euroa per 75 vuotta täyttänyt) johtuu siitä, että näissä kunnissa ollaan paljon ilman säännöllisiä palveluja. Tampereella ja Oulussa esiintyi suhteellisesti enemmän säännöllisen kotihoidon päiviä. Kouvolassa vietettiin keskimääräistä enemmän päiviä asumispalveluissa.

Kuvan ”sote-tilojen” käyttöä voidaan hyödyntää seurannassa ja analyyseissä: miten iäkkään väestön siirtyminen kevyempien palveluiden piiriin edistyy, minkä suuruisia muutoksia on syntynyt vuosien välillä? Yhdistämällä kuolinsyytieto muihin rekisteritietoihin voidaan kuolleiden osuus (joka on suhteellisen vähäinen) ottaa myös huomioon laskelmissa. Rekisteritietojen avulla voidaan myös selvittää, esiintyykö kustannuksissa muutoksia (kustannusten kasvu merkitsee usein raskaampien asumismuotojen/palveluiden käyttöä ja väheneminen painottumista kevyempiin palveluihin/asumismuotoihin).

Laskelmat osoittavat esimerkiksi, että kotona vietetyt vuorokaudet olivat lisääntyneet useimmissa tutkimuksen kunnissa. Tämä voi kertoa joko siitä, että ikäihmiset ovat keskimäärin aikaisempaa hyväkuntoisempia tai siitä, että palveluihin pääsyn kriteerit ovat kiristyneet.

Esimerkkinä aineiston mahdollisuuksista havainnollistaa siirtymiä eri palveluiden välillä, laskettiin kaikista suurista kaupungeista siirtymät kotihoidosta tehostettuun palveluasumiseen. Näin voitiin todeta, kuinka monta prosenttia kotihoidon asiakkaista siirtyi ajan kuluessa tehostettuun palveluasumiseen. Laskennan tuloksena havaittiin, että yksityisestä kotihoidosta siirtyminen tehostettuun palveluasumiseen oli hitaampaa kuin julkisesti tuotetusta kotihoidosta (kuva 12).



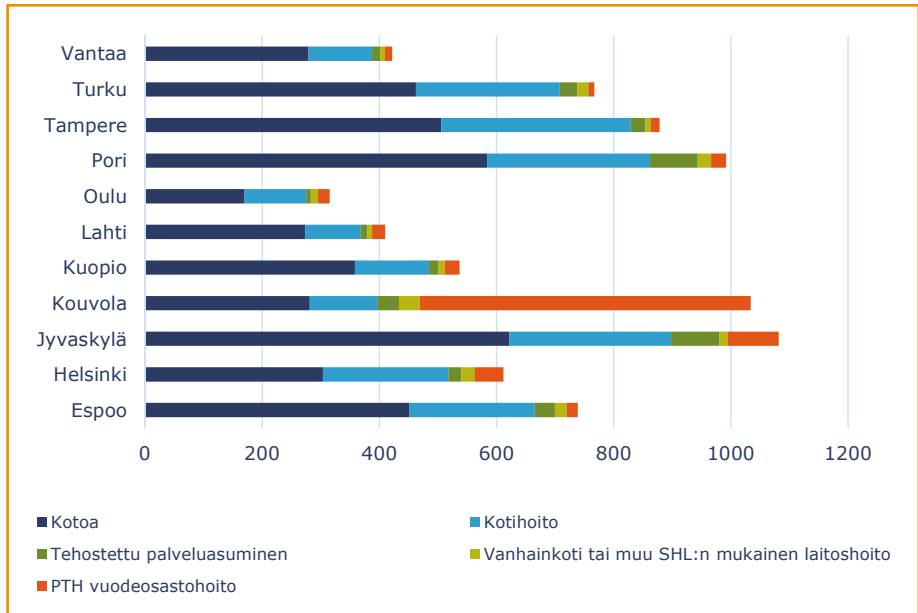
Kuva 12. Siirtymät kotihoidosta tehostettuun palveluasumiseen yksityisestä ja julkisesta palvelusta. Kotihoidossa pysyneiden prosentuaalinen osuus vuoden (365 vrk) seurannassa.

5.3 Tapausesimerkki 3 – päivystyksen käyttö

Kolmannessa tapausesimerkissä tavoitteena oli tarkastella ”tilasiirtymä-mallin” erästä osa-aluetta, päivystystä ja sen kautta kulkevia potilasvirtoja.

Mistä erikoissairaanhoidon päivystykseen saavuttiin?

Aineiston avulla voidaan tunnistaa päivystykseen saapuneet ja saapumisaika. Näin voidaan muun muassa vakioida iäkkäiden päivystykseen joutuneiden lukumääriä koko vanhusväestöön suhteutettuna (kuva 13) sekä tarkastella eroja hoitokäytännöissä, jotka selittävät kustannusten eroja. Kuvassa 13 on suurten kaupunkien osalta esitetty päivystykseen saapuneiden lähtöpaikat. Erikoissairaanhoidon päivystyksen väestöön suhteutettu käyttö oli suurinta Jyväskylässä, Kouvolassa ja Porissa. Kouvolassa huomattava osa päivystykseen saapuneista oli lähtenyt päivystykseen perusterveydenhuollon vuodeosastoilta. Tämä saattaa selittyä myös muista kaupungeista poikkeavalla toiminta- tai kirjauskäytännöllä. Oulussa iäkkäiden erikoissairaanhoidon päivystyksen käyttö oli vähäisintä.



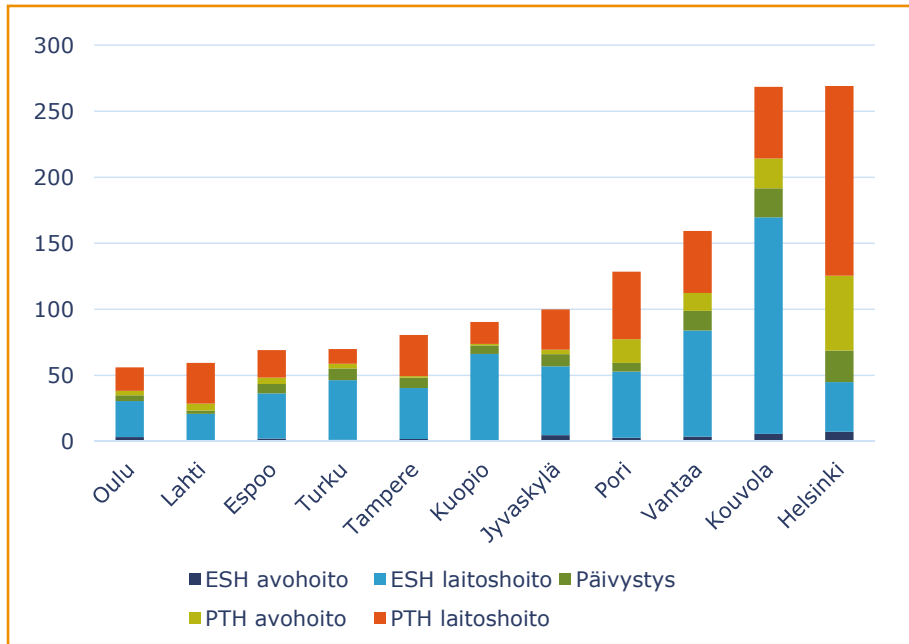
Kuva 13. Päivystykseen saapuneet lähtöpaikan mukaisesti jaoteltuna, käyntiä per tuhat 75 vuotta täyttänyttä 2013

Erot selittyvät osin palvelurakenteella. Se (kuva 11), missä iäkkäät ihmiset pääosin ovat, vaikuttaa siihen, mistä he tulevat päivystykseen. Samoin se, miten päivystys on organisoitu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tai yhteistyössä, vaikuttaa erikoissairaanhoidon päivystyksen käyttöön.

Päivystykseen saapumisesta alkanut seuranta

Päivystykseen saapumisesta lähtien voidaan yksilötasolla seurata jokaista sote-palvelutapahtuman syntymistä päivämäärän perusteella ja laskea yhteen jokaisen henkilön vuoden kuluessa tapahtuneet sote-palvelujen kontaktit.

Seuraavassa kuvassa (kuva 14) verrattiin päivystyksestä alkaneita kustannuksia suhteessa kunnan kaikkiin 75 vuotta täyttäneisiin. Suurissa kaupungeissa Helsinki ja Kouvola erottuivat runsaalla käytöllä, kun taas Oulu ja Lahti edustivat hieman yli 50 eurolla per asukas vähäisintä päivystyksen jälkeistä käyntiä.

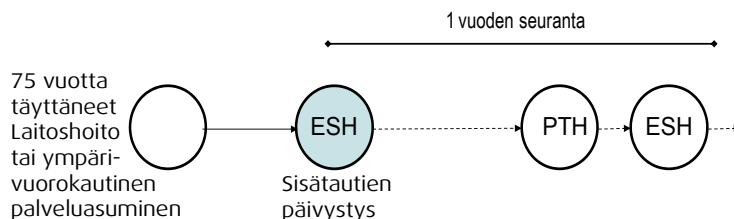


Kuva 14. Päivystyksestä alkanut 1 vuoden seuranta euroina per 75 vuotta täyttänyt väestö terveydenhuollon osa-alueittain, vuonna 2012 alkaneet seurannat.

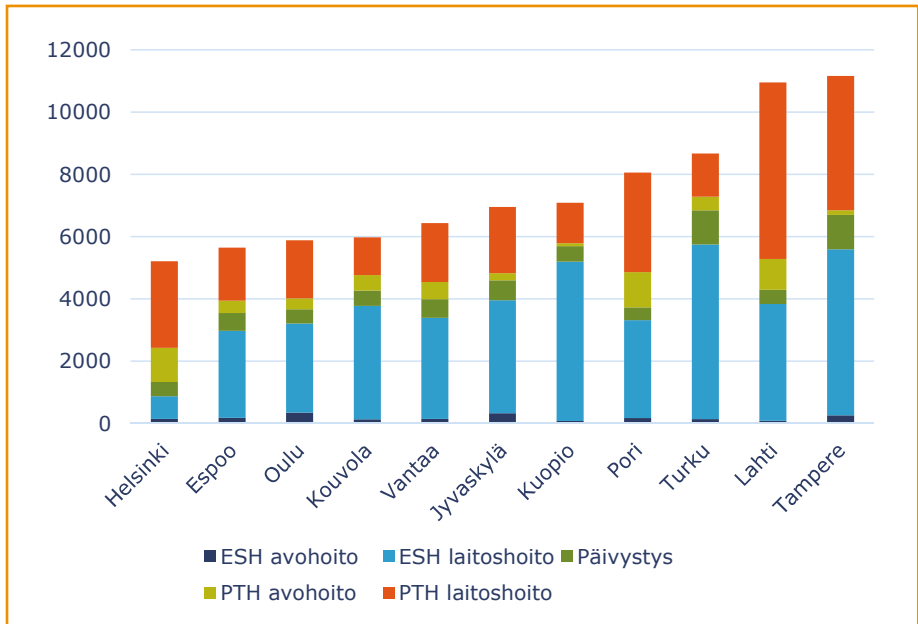
Erikoisalan mukainen seuranta

Aineiston avulla voidaan myös tunnistaa esimerkiksi sisätautien päivystykseen saapuneet ja saapumis aika. Aiemman esimerkin mukaisesti voidaan yksilötasolla seurata jokaista sote-palvelutapahtuman syntymistä päivämäärän perusteella ja laskea yhteen jokaisen henkilön vuoden kuluessa tapahtuneet sote-palvelujen kontaktit.

Seuraavassa esimerkissä kuvataan ja vertaillaan vanhusten laitoshoidosta tai ympärivuorokautisesta palveluasumisesta päivystykseen saapuneiden potilaiden määriä ja kustannuksia.



Suurissa kaupungeissa keskimääräiset kustannukset vaihtelivat noin 5 000–11 000 euron välillä tapausta kohden (ks. kuva 15). Perusterveydenhuollon vuodeosaston käyttö ja sen myötä kustannukset olivat suhteellisen suuria Lahdessa ja Tampereella. Erikoissairaanhoidon käyttö ja kustannukset olivat suuria Turussa, Tampereella ja Kuopiossa.

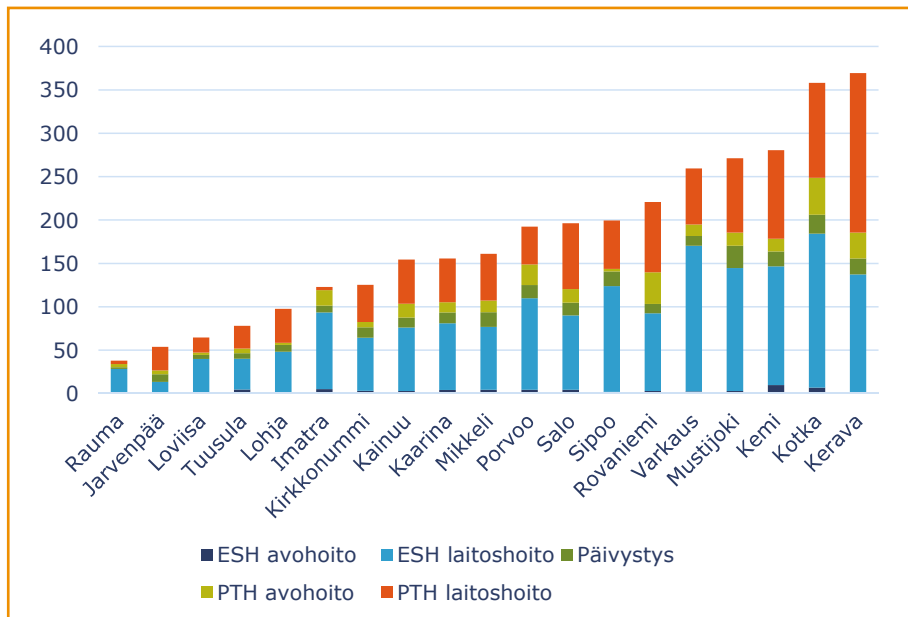


Kuva 15. Päivystyksestä alkanut vuoden seuranta euroina per henkilö terveydenhuollon osa-alueittain, vuonna 2012 alkaneet seurannat.

Päivystykseen lähtemispaikan mukainen seuranta

Aineiston avulla voidaan siis tunnistaa päivystykseen lähtemispaikka ja laskea sen mukaisesti asiakasmääriä ja kustannuksia. Seuraavassa esimerkissä on laskettu kaikkien kotihoidon ja asumispalveluiden piirissä olleiden ja päivystykseen joutuneiden asiakkaiden lukumäärät sekä palveluiden käytöstä aiheutuneet kustannukset (kuva 16).

Väestöön suhteutettuna euromäärinä erot olivat moninkertaisia. Kerava ja Kotka edustivat runsasta ikäväestöön suhteutettua käyttöä, kun taas Rauma ja Järvenpää selvisivät pienillä kustannuksilla. Moninkertaiset erot vaativat jatkoselvittelyjä ja -tutkimuksia.



Kuva 16. Päivystyksestä alkanut 1 vuoden seuranta euroina per 75 vuotta täyttänyt väestö terveydenhuollon osa-alueittain, vuonna 2012 alkaneet seurannat.

6

Yhteenveto ja pohdinta

Tässä raportissa tarkasteltiin mahdollisuuksia arvioida iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä, kustannuksia sekä niihin liittyviä tekijöitä rekisteri- ja taloustietoa yhdistelemällä. Raportissa esitettiin kuvailevin menetelmin rekisteritietojen yhdistämisen mahdollisuuksia ja vahvuuksia sote-palveluiden järjestämisen arvioinnissa. Asia on keskeinen käynnissä olevan sote-uudistuksen kannalta, koska sen yhtenä tavoitteena on parantaa alueiden välistä tasa-arvoa palvelujen saatavuudessa ja laadussa. Ilman aiheeseen liittyviä mittareita asian toteutumista on mahdoton vertailla.

Vaikka raportin tavoitteena ei ollut esitellä tutkimustuloksia, esitetyissä esimerkeissä havaittiin kiinnostavia kuntakohtaisia eroja eräissä vertailluissa tunnusluvuissa, mutta myös yllättäviä samankaltaisuuksia muun muassa kalliiden asiakkaiden sote-kustannusten jakaumissa.

Kuvaileva lähestymistapa antaa hyvän yleisnäkemyksen nykytilanteesta ja viimeaikaisista muutoksista kuntien ikääntyneen väestön palvelurakenteessa. Hyvä tilannekuva on johtamisen tukemisen ohella edellytyksenä myös sen arvioinnille, miten tiedonkeruuta voidaan kehittää vastaamaan paremmin sote-palveluiden tarpeen, saatavuuden, tuotteistuksen, seurannan ja kehittämisen tarpeita. Sen jälkeen sosiaali- ja terveyspalveluita kuvaavat luokitukset ja mittarit (palveluiden sisältö sekä käyttö, saatavuus, palveluprosessit, laatu, tehokkuus ja vaikuttavuus) kyetään yhdenmukaistamaan olemassa oleviin toimiviin tietosisältöihin perustuen.

Rekisteritietoihin perustuvalla analyysillä on kuitenkin myös rajoitteensa; nykymuotoisen rutiinitiedon keruun tietosisällöt eivät anna vastauksia kaikkiin tärkeisiin kysymyksiin eivätkä johtamisen tarpeisiin. Tutkimuksella sekä muulla tiedon systematisoidulla hyödyntämisellä voidaan arvioida tarkemmin nykyisten tietojärjestelmien ja tiedonkeruun sisältöjen tarkoituksenmukaisuutta ja soveltuvuutta sote:n palveluiden ohjaamiseen ja päätöksentekoon. Nykyistä parempi tietojen hyödyntäminen parantaisi myös kirjaamisen tarkkuutta ja kattavuutta

Rekisteriaineistojen laajaa tutkimuskäyttöä rajoittavat aineistoon ja sen saamiseen liittyvät haasteet. Tutkimusaineiston suunnittelu ei ole yksinkertaista. Tietosuojakysymysten selvittely ja aineiston tietosuojan takaaminen vievät aikaa. Samoin tutkimuslupien ja aineiston saaminen rekisteriviranomaisilta, kuten tässäkin tut-

kimushankkeessa havaittiin. Aineiston käsittelykuntoon saattaminen on myös työlästä ja aineiston esikäsittely vaatii runsaasti erilaista laskentaa. Koska rekistereitä hyödyntävässä tutkimuksessa tukeudutaan jo olemassa oleviin aineistoihin, jotka on tuotettu muihin kuin käynnissä olevan tutkimuksen tarpeisiin, aineisto voi ohjata käsitteiden määrittelyä ja tutkimusongelman asettelua.

Kun aineistonhankinta ja tutkimusasetelmien määrittysten prosessi on edennyt lopulta lupien saamiseen ja aineiston käsittelyyn, aineistot mahdollistavat monipuoliset, erilaisiin tutkimuskysymyksiin pureutuvat analyysit. Tällöin kuvaileva menetelmä ei enää useinkaan riitä, vaan tarvitaan tilastollisen analyysin ja mallintamisen menetelmiä lisäämään tehtyjen johtopäätösten luotettavuutta ja tulosten vertailukelpoisuutta. Silloin tietämys tiedon lähteistä, syntymis- ja muokkausprosesseista perusjärjestelmistä aina rekistereihin, tiedon laadusta ja oikeellisuudesta sekä paikallisista tulkinnoista tietosisältöjen suhteen on hyvin tärkeää. Tässä raportissa kuvatuissa tapausesimerkeissä tarkasteltiin palveluita varsin suurina kokonaisuuksina. Toimiva ja hyvin suunniteltu perustietojärjestelmien sisältöjen hyödyntäminen mahdollistaa yksityiskohtaisemman alueellisten sote-palvelukokonaisuuksien systemaattisen seurannan, kehittämisen ja ohjaavan resurssien allokoinnin. Malli on käytössä Etelä-Savossa, Pohjois-Karjalassa sekä EKSOTEssa, joissa lasketaan resurssien käyttö sote-hoitokokonaisuuksien EPR-episodeissa.

Rekisteriaineiston käsittelyn myötä kävi hyvin ilmi vanhusten palveluiden luokitteluun liittyvä kansallinen kirjavuus. Iäkkäiden ihmisten eri palvelu- ja asumismuotojen luokittelu näyttää olevan osittain tulkinnanvaraista: kuinka vertailukelpoisia ovat esimerkiksi Sotka-tietokannan ja sosiaaliHILMON luokitukset eri asumismuodoista eri kunnissa? Kysymys on tärkeä pohdittaessa muun muassa SOTKANetin ikääntyneiden palvelurakenneindikaattoreita, joita käytetään laajasti palvelurakenteen seurannassa, mutta joiden sosiaaliHILMON perustuva sisältö voi olla tulkinnanvaraista ja liian heterogeenista palvelurakenteen kuvaamiseen.

Esimerkiksi SOTKANetin palvelurakenneindikaattoreissa tehostetun palveluasumisen asiakkaiksi vuoden lopussa lasketaan kaikki palveluasunnossa olleet asiakkaat, sekä lyhyt- että pitkäaikaisasiakkaat. SOTKANetin pitkäaikaisasiakkaiksi vuoden lopussa taas lasketaan indikaattorin tietosisällön²⁵ mukaan ne, joille on tehty pitkäaikaishoitopäätös tai jotka ovat olleet hoidossa yli 90 vuorokautta. Käytännössä asiakkuudet voivat kuitenkin katketa pitkäaikaisen asiakkaan hoidon keskeytyessä esimerkiksi sairaalaan tai terveyskeskuksen vuodeosastolle siirtymisen vuoksi. Tällöin pitkäaikaisasiakkuuden määritelmän mukaisen 90 vuorokauden rajan täyttymisen laskenta alkaa uudelleen.

SosiaaliHILMON pitkäaikaisasiakkaan merkintä tehostetussa palveluasumisessa

osoittautui tutkimuksessamme epäluotettavaksi epäselvien kirjausohjeiden vuoksi. Tehostetun palveluasumisen asiakkuuden luonteen selvittämiseksi olisi mielestämme tiedonkeruun yhteydessä syytä kerätä tieto siitä, onko asiakkaalla vuokrasuhde tehostetun palveluasumisen yksikköön vai ei.

Toinen vaikea rajapinta palveluiden määrittelyssä liittyy tavallisen palveluasumisen ja kotihoidon asiakkuuden määritelmään. HILMO-ohjeiden mukaan silloin, kun asiakas saa palveluja palvelutalossa, mutta myös kotisairaanhoido käy hänen luonaan, hänestä tehdään sosiaalihuollon asiakaslaskenta 31.12. tilanteen mukaan vuosittain. Se ohittaa kotisairaanhoidon käynnit, joten näitä käyntejä ei tule ilmoittaa kotihoidon laskennassa. Kunnissa on kuitenkin vaihtelua näiden tietojen ilmoittamisessa.

Havaitsimme myös, että asiakkain lasketaan kaikki tietyn kunnan asiakkaat riippumatta palveluiden tuottajasta. Täten tietyn kunnan alueella asuvat kunnan oman palvelutuotannon asiakkaat voidaan erottaa ostopalveluista, mutta ostopalveluiden ja täysin yksityiset asiakkaat eivät erotu toisistaan.

Sote-uudistuksen yhteydessä olisi mielestämme hyödyllistä käynnistää kansallisella tasolla terminologian yhdenmukaistaminen ja luoda standardiluokitukset ikäntyneiden palvelumuodoista. Myös tietojen yhdenmukaiseen kirjaamiseen ja yksiselitteisten kirjaamisohjeiden laatimiseen tulee jatkossa kiinnittää aiempaa enemmän huomiota kansallisen ja alueellisen vertailutiedon saamiseksi. Kirjaamisen yhdenmukaistaminen tulee varmistaa sote-uudistuksen yhteydessä.

Lopuksi on tärkeä muistaa, että tässä raportissa käytettyihin aineistoihin ja laskentamethodeihin (esimerkiksi potilasryhmittelyt) liittyy epätarkkuuksia, jotka saattavat aiheuttaa joidenkin prosenttiyksiköiden virhemarginaalin. Esimerkiksi palveluiden käytön kautta johdetut ”laskennalliset” kustannukset ovat jonkin verran alttiita tällaisille epätarkkuuksille. Esimerkkitapauksissa käytettyihin aineistoihin saattaa liittyä myös suoritteiden kirjaamisen osalta epätarkkuuksia ja puutteita, joilla oli vaikutusta laskettuihin lukuihin. Sivudiagnoosien ja toimenpiteiden merkitseminen tai merkitsemättä jättäminen voi vaikuttaa siihen, kuinka kalliiseen palveluryhmään (esim. erikoissairaanhoidon DRG-ryhmä) hoitajakso viime kädessä päättyy. Tämä vaikuttaa siis sairaaloiden/erikoisalojen lukuihin ja voi aiheuttaa harhaa välisuoritekäytön vertailussa potilasryhmittäisissä vertailuissa. Välisuoritteiden hinnoittelu perustuu niin ikään ”standardikustannuksiin” eli ne ovat keskiarvoja laajoista otoksista ja laskennallisten kustannusten käsittely perustuu oletukseen, että erilaisten palveluiden suhteelliset kustannukset ovat vakioita.

Tutkimus osoittaa, että jo standardikustannuksia käyttämällä saadaan käyttökel-



poista tietoa iäkkäiden ihmisten palvelujen johtamisen tueksi. Yhdistämällä rekisteriaineistoon kunnan toteutuneet kustannukset tiedon käyttökelpoisuus paranisi entisestään.

Jatkossa esiteltyjä aineistoja tullaan hyödyntämään laajasti Kuntaliiton ja Aalto-yliopiston yhteisessä tutkimushankkeessa, jossa etsitään selityksiä kuntien iäkkäiden ihmisten palveluiden kustannuserojen syistä, palvelurakenteen painotuksista ja niiden muutoksista, tuottavuudesta sekä palveluiden tuotannosta ja tarjonnasta kunnan väestölle, hyödyntäen kuntien toteutuneita kustannuksia.

Lähteet ja kirjallisuus

Groop, J. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntää. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu nro 1. Kuntaliitto.

Groop, J. 2012. Theory of Constraints in Field Service: Factors Limiting Productivity In Home Care Operations. Department of Industrial Engineering and Management. Aalto university.

Haapamäki E, Huhtala H, Löfgren T, Mylläri E, Seinelä L & Valvanne J. Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. 2014. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011–2012. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu nro 3. Kuntaliitto.

Kangasharju A, Mikkola T, Mänttari T, Tyni T, Valta M. 2010. Vaikuttavuuden huomioon ottava tuottavuus vanhuspalveluissa. VATT Tutkimukset 160.

Kiivet R, Sund R, Linna M, Silverman B, Pisarev H, Friedman N. 2013. Methodological challenges in international performance measurement using patient-level administrative data. Health Policy, Volume 112, Issues 1–2, September 2013, Pages 110–121.

Klemola, K. 2015. Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi alueellisesti integroiduissa sosiaali- ja terveyspalveluissa – palvelujen käyttöön perustuva malli ja esimerkkejä. Acta Universitatis Lappeenrantaensis 664. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/117767/Katja%20Klemola%20A4.pdf?sequence=2>

Linna M, Häkkinen U. 2000. Alueellisten hoitoketjujen tuottavuusvertailu- Uusi tapa tarkastella erikoissairaanhoidon kustannuksia. Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti 2000: 37, 197-206.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto. STM julkaisuja 2013:11, 10.

Linna M, Häkkinen U, Tolppanen E-M, Lehtonen O-P, Talja M, Räihä I, Asikainen K. 1998. Hoitotoiminnan tuottavuuden mittaaminen ja kehittäminen. STAKES Aiheita 40/1998.

Mikkola T, Nemlander A & Tyni T. 2015a. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2014. Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kouvola, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku, Vantaa. Kuntaliitto. 2015 a. http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3134

Mikkola T, Nemlander A & Tyni T. 2015b. Keskisuurten kuntien sosiaali- ja terveystoimen kustannukset vuonna 2014. Imatra, Järvenpää, Kaarina, Kainuu, Kemi, Kerava, Kirkkonummi, Kotka, Lohja, Loviisa, Mikkeli, Mustijoki, Porvoo, Rauma, Rovaniemi, Salo, Sipoo, Tuusula, Varkaus. Kuntaliitto. http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3133

Mylläri E, Kirsi T & Valvanne J. 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Laadullinen tutkimus kotona asuvien ikäihmisten päivystykseen lähtemispäätökseen vaikuttavista tekijöistä. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu nro 2. Kuntaliitto.

Mäkelä M, Häkkinen U, Juslin B, Koivuranta-Vaara P, Liski A, Lyytikäinen M, & Laine J. 2007. Sairaalasta kotiin asti – Erikoissairaanhoidosta alkaneet hoitojakso-
ketjut pääkaupunkiseudun kunnissa. Työpapereita 3. Stakes.

Riippa I, Kahilakoski O-P, Linna M, Hietala M. 2014. Can complex health interventions be evaluated using routine clinical and administrative data? – a realist evaluation approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20 May 2014 (doi: 10.1111/jep.12175.).

Saxell T & Luoma K. 2013. Vanhuspalveluiden tuottavuus ja vanhuksen toimintakyvyn heikkeneminen. *VATT Muistiot* 34/2013.

Seinelä L, Lehto V, Vanttaja K, Lehmus A & Valvanne J. 2015. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tehostetussa palveluasumisessa. Esimerkkinä Tampereen kehittämistyö. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu nro 5. Kuntaliitto.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sote-tieto hyötykäyttöön - strategia 2020. STM ja Kuntaliitto 2014.

Sulamaa A, Prami T, Sipilä R, Linna M, Hahl J, Miettinen T, Leppä E, Haukka J, Tuomilehto J, Enlund H, Niskanen L, Korhonen P. 2014. Kansallisen rekisteritutkimuksen lupamenettelyn sujuvuus – esimerkkinä diabeteksen Käypä hoito-suosituksen toteutuminen. *Suomen Lääkärilehti* 46/2014 vsk 69 s. 3085–3089.

Tyni T, Myllyntaus O, Suorto A. 2012. Kustannuslaskentaopas kunnille ja kuntayhtymille. 2. korjattu painos. Kuntaliitto.

Viitteet

- 1 Vrt. vanhuspalvelulaissa ja laatusuosituksessa tarkoitetaan ikääntyneellä väestöllä vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestönosaa. Vastaavasti iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 10).
- 2 STM ja Kuntaliitto 2014.
- 3 Linna ja Häkkinen 2000.
- 4 Ks. aiheesta lisää esim. Klemola 2015.
- 5 Mäkelä ym. 2007.
- 6 2001
- 7 2005
- 8 2012. Ks. myös Groop 2014.
- 9 Kangasharju ym. 2010.
- 10 Sulamaa ym. 2014.
- 11 <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/rekisteriselosteet/terveydenhuollon-hoitoilmoitukset>
- 12 <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/rekisteriselosteet/sosiaalihuollon-hoitoilmoitusrekisteri>
- 13 <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/rekisteriselosteet/perusterveydenhuolto>
- 14 <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/rekisteriselosteet/kotihoidon-laskenta>
- 15 http://www.stat.fi/meta/rekisteriselosteet/rekisteriseloste_kuolemansyytilasto.html
- 16 [http://www.vero.fi/fi-FI/Tietoa_Verohallinnosta/Julkisuus_ ja_tietosuoja/Verohallinnon_rekisterit/Verotietokanta\(12975\)](http://www.vero.fi/fi-FI/Tietoa_Verohallinnosta/Julkisuus_ ja_tietosuoja/Verohallinnon_rekisterit/Verotietokanta(12975))
- 17 Väestötietojärjestelmän rekisteriseloste: <http://www.vrk.fi/default.aspx?id=176>
- 18 Mikkola ym. 2015 a & b.
- 19 Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi.
- 20 Mylläri ym. 2014.
- 21 Haapamäki ym. 2014; Seinälä ym. 2015. Ks. myös <https://www.thl.fi/fi/-/vanhusten-hoidon-kustannustehokkuutta-ja-laaturaa-voidaan-parantaa>.
- 22 Kelan ja Verohallinnon tiedot eivät ole vielä tässä aineistossa mukana, kuten ei myöskään Väestörekisterikeskuksen tiedot.
- 23 Katso esimerkiksi Tyni ym. Kustannuslaskentaopas kunnille ja kuntayhtymille luku 9.4.
- 24 Kuvassa erikoissairaanhoidon avohoito sisältää julkisen erikoissairaanhoidon avokäynnit (päivystys-, ensi- ja uusintakäynnit). Palveluala erikoissairaanhoidon vuodeosas-

tohoito sisältää erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito käsittää terveystieteiden kaikkien vuodeosastohoidoksi merkityt hoitopäivät, sisältäen sekä akuutti- että pitkäaikaishoitopäivät. Perusterveydenhuollon avohoito sisältää kaikki perusterveydenhuollon avohoidon kontaktit (avovastaanotto-ikäynnit, puhelut, sähköiset yhteydenotot ym.). Perusterveydenhuollon avotoimintaan kuuluu avovastaanotot, neuvolat, kouluterveydenhuolto sekä suun terveydenhuolto. Palveluala sosiaalitoimen ympärivuorokautinen hoito sisältää THL:n sosiaalihilmoon ilmoitetut vanhusten laitoshoidon hoitopäivät sekä ympärivuorokautiset palveluasumisen vuorokaudet. Kotihoito sisälsi kotihoidon asiakaslaskennan ilmoittamat kotihoidon käynnit. HUOM! tätä laskettaessa Kelan tiedot puuttuivat vielä, eivätkä ole mukana kuvan kustannuksissa. Kustannukset perustuivat tässä esimerkissä sekä kaikissa myöhemmin esiintyvissä euromääräisissä esimerkeissä aiemmin kappaleessa 4.4 kuvattuun jälkimmäiseen laskentatapaan.

25 <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/2721>

Liite 1. Iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut

Kotipalvelu ja kotisairaanhoido: kotihoito

Sosiaalihuoltolaki (13011/2014)

19 §

Kotipalvelu

Kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista.

Kotipalvelua annetaan sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä alentavan syyn tai erityisen perhe- tai elämäntilanteen perusteella niille henkilöille, jotka tarvitsevat apua selviytyäkseen 1 momentissa tarkoitetuista tehtävistä ja toiminnoista.

Kotipalveluun sisältyvinä tukipalveluina annetaan ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja.

20 §

Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja terveydenhuoltolain 25 §:ään sisältyvien kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

25 §

Kotisairaanhoido

Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoido. Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.

Kotisairaalahoido on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoidoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.

Omaishoidon tuki

Laki omaishoidon tuesta (937/2005)

2 §

Laissa tarkoitetaan omaishoidolla vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla; ... Omaishoidon tuella (tarkoitetaan) kokonaisuutta, joka muodostuu hoidettaval-

le annettavista tarvittavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista.

Palveluasuminen

Sosiaalihuoltolaki (13011/2014)

21 §

Asumispalvelut

Asumispalveluja järjestetään henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea asumisessa tai asumisensa järjestämisessä. Kotiin annettavat palvelut ovat ensisijaisia suhteessa palveluihin, jotka edellyttävät muuttamista ja sisältävät sekä asumisen että palvelut. Tilapäistä asumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat lyhytaikaista, kiireellistä apua.

...

Palveluasumista järjestetään henkilöille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa. Tehostettua palveluasumista järjestetään henkilöille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista.

Palveluasumisella tarkoitetaan palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Palveluihin sisältyvät asiakkaan tarpeen mukainen hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, ateria-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Tehostetussa palveluasumisessa palveluja järjestetään asiakkaan tarpeen mukaisesti ympärivuorokautisesti.

Sosiaalihuollon laitoshoido

Sosiaalihuoltolaki (13011/2014)

22 §

Laitospalvelut

Sosiaalihuollon laitospalveluilla tarkoitetaan hoidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitospalveluja voidaan järjestää lyhytaikaisesti tai jatkuvasti, päivisin, öisin tai ympärivuorokautisesti. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoksessa vain, jos se on henkilön terveyden tai turvallisuuden kannalta perusteltua, taikka siihen on muu laissa erikseen säädetty peruste.

Laitospalveluja toteutettaessa henkilölle on järjestettävä hänen yksilöllisten tarpeidensa mukainen kuntoutus, hoito ja huolenpito. Hänelle on lisäksi pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää kuntoutumista, omatoimisuutta ja toimintakykyä.

Perusterveydenhuolto (PTH)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

3 §

Perusterveydenhuollolla (tarkoitetaan) kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa

sekä päivystystä, avosairaanhoitoa, kotisairaanhoitoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa; perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö.

Erikoissairaanhoito (ESH)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

3 §

Erikoissairaanhoidolla (tarkoitetaan) lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja.

Terveydenhuollon laitoshoido

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

67 §

Laitoshoidolla tarkoitetaan hoitoa ja kuntoutusta sairaalan, terveystieteiden tai muun terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastolla tai sitä vastaavissa olosuhteissa.

Kiireellinen hoito ja päivystys

Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

50 §

Kiireellinen hoito

Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (782/2014)

2 §

Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että kiireellistä hoitoa on saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina joko kiireettömän hoidon yhteydessä tai erillisessä päivystystieteessä toteuttavassa yksikössä (päivystysyksikössä). Ympäri vuorokautinen päivystys on järjestettävä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksenä, ellei saavutettavuus- ja potilasturvallisuuskohdista muuta johdu. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää hakemuksesta luvan perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen erillispäivystyksen järjestämiseen.

Osana päivystyksen kokonaisuutta on otettava huomioon iäkkäiden henkilöiden ja vammaisten henkilöiden tarvitsemat palvelut.

Liite 2. Tutkimuksen kohteena olevat palvelut ja niiden HILMO-määritysten mukainen tietosisältö

(HILMO – Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2013
– Määrittelyt ja ohjeistus, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-725-7>)

Palvelut	Hilmo/rekisterimäärittys
erikoissairaanhoidon päivystyskäynti	<p>91 Erikoissairaanhoidon päivystyskäynti Päivystyskäynti avohoitokäynti, jossa potilas otetaan vastaan ilman ennalta varattua aikaa äkillisen sairastumisen, vamman tai pitkäaikais-sairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämään välittömään arviointiin tai hoitoon, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Päivystyskäynti on yksi kokonaisuus, johon voi sisältyä useamman erikoislääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön konsultaatioita tai tutkimuksia. Hoitokokouksesta kirjataan vain yksi käynti, joka kirjataan päähoitovastuussa olevan lääkärin erikoisalalle. • Kotikäynti voi olla myös päivystyskäynti. • Jos yhteispäivystyksen käytössä on perusterveydenhuollon tietojärjestelmä, päivystyskäynnit toimitetaan AvoHILMO-ohjeen mukaisesti. Muussa tapauksessa perusterveydenhuollon päivystyskäynnit ilmoitetaan sairaanhoitopiirijärjestelmän kautta, jolloin erikoisala on 98. <p>Ala: Terveydenhuolto</p>
erikoissairaanhoidon ajanvarauskäynti	<p>Erikoissairaanhoidon ajanvarauskäynti (palveluala 92–94) 92 Ajanvarauskäynti, ensikäynti avohoitokäynti, jolloin potilas tulee lähetteen perusteella ennakoitua aikana sairauden, vamman tai ongelman vuoksi ensimmäisen kerran pääsääntöisesti lääkärin tutkimukseen tai hoitoon. Ala: Terveydenhuolto</p> <p>93 Ajanvarauskäynti, uusintakäynti avohoitokäynti, jolloin potilas tulee ennakoitua aikana saman sairauden tai vamman takia uudelleen lääkärin tai muun terveydenhuoltoalan ammattilaisen vastaanotolle.</p> <p>94 Konsultaatiokäynti ajanvarauskäynti, joka perustuu konsultaatiopyyntöön tai erilliseen sopimukseen ja jonka aikana erikoislääkäri tai joissakin tapauksissa muu terveydenhuollon ammattilainen tapaa toisen erikoisalalan hoitovastuulla olevan potilaan ottaakseen kantaa potilaan ongelmaan, tai antaa siihen siitä asiantuntijalausunnan ilman että hoitovastuu siirtyy. Ala: Terveydenhuolto Ks. tarkemmin HILMO-opas, s. 26–28</p>
erikoissairaanhoidon vuodeosasto	<p>Erikoissairaanhoidon vuodeosasto ja päiväkirurgia (palv.alala 1,2) 1 Sairaalan vuodeosastohoito / terveyskeskuksen vuodeosastohoito erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa annettava laitoshoido, joka perustuu sosiaali- ja terveysminis-</p>

	<p>teriön asetukseen 1806/2009 avo- ja laitoshoidon määrittelyn perusteista.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potilas sisäänkirjoitetaan sairaalaan hoidon alkaessa ja uloskirjoitetaan hoidon päättyessä. • Kotisairaaloiminta kuuluu kotisairaanhoidon ja on pääsääntöisesti avohoitoa. <p>Ala: Terveydenhuolto</p> <p>2 Päiväkirurgia</p> <p>hoitoa, johon liittyy suunniteltu leikkaustoimenpide ja potilaan tulo- ja lähtöpäivä on yleensä sama. Päiväkirurgia edellyttää pääsääntöisesti yleisanestesiaa, laajaa puudutusta tai suonensisäisesti annettavaa lääkitystä. Kaihileikkaukset ovat päiväkirurgista toimintaa, vaikka niiden anestesia- ja puudutusmenetelmät ovat suppeammat kuin edellä määritelty.</p> <p>Ala: Terveydenhuolto</p>
perusterveydenhuollon avotoiminta, kiireelliset	<p>perusterveydenhuollon kiireelliset kontaktit avohoidossa (tutkimusvuosina 2013 ja 2014)</p> <p>Avohilmoissa hoidon kiireellisyys on jaettu kolmeen kategoriaan: välittömään, kiireelliseen ja ei kiireelliseen. Tässä tutkimuksessa Hoito on kiireellistä, jos hoidon tarve on välitön (jos hoito on aloitettava kahden tunnin sisällä) tai kiireellinen (jos hoito on aloitettava vuorokauden sisällä).</p>
perusterveydenhuollon avotoiminta, ei-kiireelliset	<p>perusterveydenhuollon ei-kiireelliset kontaktit avohoidossa</p> <p>Hoidon tarve ei ole kiireellinen, jos hoidon aloitus voi odottaa yli vuorokauden.</p>
perusterveydenhuollon vuodeosastohoito	<p>Yleislääketieteen erikoisalan vuodeosastohoito perusterveydenhuollon yksiköissä.</p>
tehostettu palveluasuminen	<p>palveluala = 32, 34</p> <p>32 Vanhusten ympärivuorokautinen palveluasuminen palveluasuminen vanhusten asumispalveluyksikössä, jossa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden ja jonka Kela on määritellyt avohoidon yksiköksi.</p> <p>34 Dementoituneen tehostettu eli ympärivuorokautinen palveluasuminen dementian vuoksi järjestetty palveluasuminen dementia-asumispalveluyksikössä, jossa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden ja jonka KELA on määritellyt avohoidon yksiköksi.</p> <p>Ala: Sosiaalihuolto</p>
vanhainkoti tai muu SHL:n mukainen ikääntyneiden laitoshoido	<p>Palveluala = 31, 33, 6</p> <p>31 Vanhainkotihoito vanhuksille suunnattu sosiaalihuoltolain mukainen laitoshoido yksikössä, jonka Kela on määritellyt laitokseksi lukuunottamatta dementiaosastohoitoa (palveluala 33).</p> <p>33 Dementoituneen laitoshoido dementian vuoksi annettava laitoshoido dementiaosastolla tai dementiayksikössä.</p> <p>6 Kuntoutuslaitoshoido ympärivuorokautinen laitoshoido yksikössä, jossa perushoidon lisäksi asiakas saa kuntoutuspalveluja.</p> <p>- Kuntoutuspalvelut sisältävät mm. kuntoutustutkimusta, erilaisia</p>

<p>tavallinen palveluasuminen</p>	<p>terapioita, kuntoutusohjausta, sopeutumisvalmennusta ja muuta toimintakykyä ylläpitävää valmennusta sekä apuvälinepalveluita. - Tämä palveluala ei sisällä päihdehuollon kuntoutuslaitoksia Ala: Sosiaalihuolto</p> <p>81 Palveluasuminen ensisijaisesti vanhuksille ja vammaisille tarkoitettu asumispalvelu, jossa henkilökunta on paikalla osan vuorokautta. Ala: Sosiaalihuolto</p> <p>Asiakaslaskenta tehdään: - asiakkaista, jotka ovat kirjoilla 31.12. (myös lomalla olevista). - paikalla olevista lyhytaikaisasiakkaista. - asiakkaista, jotka saavat palveluja ko. yhteisössä vähintään kerran viikossa.</p> <p>Asiakaslaskentaa ei tehdä - jos asiakas lähtee pois 31.12. Siinä tapauksessa hoitojaksosta tehdään hoidon päättymisilmoitus. - asiakkaista, joka asuu palvelutalossa, mutta saa palveluja vain satunnaisesti.</p>
<p>kotihoidon (kotipalvelu & kotisairaanhoidon)</p>	<p>kotihoidon asiakaslaskennan kotikäynnit</p> <p>Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) 9 §:ssä tarkoitettuja kotipalveluja ja terveydenhuoltolain (1326/2010) 25 §:n 1 momentin perusteella järjestettyä kotisairaanhoidon. Kotipalvelulla tarkoitetaan a) kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista; b) tukipalveluja, kuten aterian-, kauppa- vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. Sosiaalihuoltolain (710/1982) 12 c §:n ja kansanterveyslain 13 c §:n mukaan kotipalvelu ja kotisairaanhoidon voidaan järjestää osittain tai kokonaan yhdistettynä kotihoidoksi joko sosiaalitoimen tai terveystoimen tehtävänä. Lastensuojelun avohuollon tukitoimena annettava kotipalvelu tai perhetyö ei kuulu kotihoidon asiakaslaskennan piiriin.</p> <p>Kotihoidon laskenta tehdään henkilöistä: - joilla on 30.11. voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma, joka voi olla sosiaalihuollon tai sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen tai terveydenhuollon kotisairaanhoidon hoitosuunnitelma. - jotka muuten (ilman palvelusuunnitelmaa) saavat säännöllisesti kotipalvelua tai kotisairaanhoidon palveluja ja heillä on toteutunut vähintään yksi käynti jokaisella marraskuun viikolla. - jotka saavat terveyskeskuksen antamaa päiväsairaalahoidon marraskuussa vähintään yhtenä päivänä viikossa (ei koske psykiatria päiväsairaala, joka ilmoitetaan terveystieteissä). - jotka käyvät marraskuussa vähintään kerran viikossa vanhusten hoidollisessa päivähoitossa. Mukaan ei oteta päiväkeskustoimintaa eikä päiväkeskusten antamaa viriketoimintaa (kuten askartelu) saavia. - jotka saavat omaishoidon tukea, vaikka eivät saisikaan palveluja kotiin. - jotka ovat säännöllisen palvelun piirissä, asiakkaan ei siis tarvitse saada palveluja juuri laskentapäivänä 30.11.</p>

Ilmoitus tehdään jokaisesta avuntarvitsijasta: esimerkiksi miehestä ja vaimosta, jos kumpikin on avun tarpeessa; äidistä/ huoltajasta, jos avun tarve liittyy huoltajuuteen; lapsesta, joka on erityisen avun tarpeessa vamman tai sairauden vuoksi. Kotihoidon laskentaa ei tehdä henkilöistä, jotka

- ovat laitoshoidossa tai ympärivuorokautisessa palveluasumisessa 30.11., vaikka heillä olisi ollut palvelu- ja hoitosuunnitelma voimassa.
- saavat 30.11. ei-ympäri vuorokautisia asumispalveluja tai palveluasumista, vaikka heillä olisi palvelu- ja hoitosuunnitelma.

Esimerkkejä:

- Asiakas asuu palvelutalossa, mutta ei saa muita sen tarjoamia palveluja. Kotisairaanhoidon käydessä hänen luonaan säännöllisesti hänestä tehdään kotihoidon laskenta.
- Asiakas saa palveluja palvelutalossa, mutta myös kotisairaanhoido käy hänen luonaan. Hänestä tehdään sosiaalihuollon asiakaslaskenta 31.12. tilanteen mukaan vuosittain ja se ohittaa kotisairaanhoidon käynnit, joten niitä käyntejä ei tule ilmoittaa kotihoidon laskennassa.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon on mahdollista tehdä yhteinen ilmoitus, jos ne järjestetään samassa organisaatiossa ja jos asiakkaalle on tehty sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen palvelu- ja hoitosuunnitelma. Kotihoidon laskennassa kukin palveluntuottaja ilmoittaa ne kotihoidon palvelut, jotka se on asiakkaalle tuottanut 1.11.–30.11. Kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa tuottavat yksiköt voivat myös tehdä molemmat erillisen ilmoituksen asiakkaasta. Kukin tuottaja ilmoittaa tällöin asiakkaan saaman kotipalvelu- ja/tai kotisairaanhoidokäyntien määrän omasta näkökulmastaan. Toisin sanoen sen käyntimäärän, jonka he ovat asiakkaalle tarjonneet. Sen sijaan hoidon tarvetta ja tarkoituksenmukaista hoitopaikkaa arvioitaessa tulee ottaa huomioon asiakkaan kokonaistilanne.

omaishoito

Omaishoidon tuki

Omaishoidon tuki on kokonaisuus, joka sisältää hoidettavalle annettavat tarvittavat palvelut sekä omaishoitajalle annettavan hoitopalkkion, vapaan ja omaishoitoa tukevat palvelut, jotka määritellään hoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. (ks. Laki omaishoidon tuesta 937/2005). Kotihoidon laskenta tehdään myös henkilöistä, jotka saavat omaishoidon tukea, vaikka eivät saisikaan palveluja kotiin.

Liite 3. Tutkimuskunnat

Suuret kaupungit		Keskisuuret kunnat		Pienet verrokkikunnat	
Kunta	Kuntanro	Kunta	Kuntanro	Kunta	Kuntanro
Espoo	49	Hyvinkää	106	Askola	18
Helsinki	91	Imatra	153	Enonkoski	46
Jyväskylä	179	Joensuu	167	Hankasalmi	77
Kouvola	286	Järvenpää	186	Hämeenkoski	283
Kuopio	297	Kaarina	202	Inkoo	149
Lahti	398	Kemi	240	Juankoski	174
Oulu	564	Kerava	245	Kannonkoski	216
Pori	609	Kirkkonummi	257	Karjoki	218
Tampere	837	Kotka	285	Kyyjärvi	312
Turku	853	Lohja	444	Lapinjärvi	407
Vantaa	92	Loviisa	434	Luumäki	441
		Mikkeli	491	Marttila	480
		Porvoo	638	Myrskylä	504
		Rauma	684	Pielavesi	595
		Rovaniemi	698	Pukkila	616
		Salo	734	Pyhtää	624
		Sipoo	753	Pyhäntä	630
		Tornio	851	Rautavaara	687
		Tuusula	858	Siikainen	747
		Varkaus	915	Siuntio	755
		Kainuun sote		Taivassalo	833
		Hyrynsalmi	105	Tarvasjoki	838
		Kajaani	205	Tervo	844
		Kuhmo	290	Urjala	887
		Paltamo	578		
		Puolanka	620		
		Ristijärvi	697		
		Sotkamo	765		
		Suomussalmi	777		
		Vaala	785		
		Mustijoen perusturva-kuntayhtymä			
		Mäntsälä	505		
		Pornainen	611		

Lihavoidut kunnat ovat raportoinnissa mukana

Tiivistelmä

Raportin tausta ja tavoite

Ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskäytön arviointi ja kansallisen vertailutiedon saanti on perinteisesti ollut haastavaa. Suurin syyn tähän on se, että sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereitä on alun perin kehitetty toisistaan erillään ja eri tarkoituksiin. Tässä raportissa tarkastellaan mahdollisuuksia arvioida iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä, kustannuksia sekä niihin liittyviä tekijöitä rekisteri- ja taloustietoja yhdistelemällä. Tarkastelu tehdään kolmen tapausesimerkin avulla.

Raportilla on kaksinainen tavoite: yhtäältä tarkastelemme mahdollisuuksia arvioida iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä, kustannuksia sekä niihin liittyviä tekijöitä rekisteri- ja taloustietoja yhdistelemällä ja toisaalta esitellämme tutkimushankkeemme aineiston ja tutkimusstrategiamme tutkia ikääntyneen väestön palveluja systemisenä kokonaisuutena.

Raportissa hyödynnettävä aineisto ja tapausesimerkit

Tapausesimerkit perustuvat aineistoihin, jotka kerättiin Suomen Kuntaliiton ja Aalto-yliopiston yhteisessä tutkimushankkeessa. Tutkimushankkeen päätavoitteena on tutkia ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksia sekä kunnittaisia eroja palveluiden käytössä vaikutuksineen.

Tutkimusaineistot käsittivät keskeiset terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden rekisteritiedot: THL:n hoitoilmoitusaineistot (HILMO), perusterveydenhuollon avotoiminnan (AvoHILMO) tiedot, sairaaloiden benchmarking-tietokannan, SosiaaliHILMO:n ja kotihoidon asiakaslaskennan. Lisäksi tutkimusaineistossa ovat Tilastokeskuksen kuolinsyytiedot, Kelan lääkekorvaustietokannan, sairaanhoitokorvaustietokannan ja eläkkeensaajan asumistuen tietokannan tietoja, Verohallinnon verotustiedot sekä Väestörekisterikeskuksen tieto yksinasumisesta. *Ensimmäisessä tapausesimerkissä* verrattiin iäkkäiden palveluiden käytön kustannuseroja kunnittain. Esimerkissä kuntien kustannukset suhteutettiin saman ikäisen väestön määriin. Lisäksi verrattiin paljon kustannuksia aiheuttavien asiakkaiden palvelujen käyttöä eräissä kaupungeissa. *Toisessa tapausesimerkissä* havainnollistettiin, miten rekistereistä poimitun tapahtumatiedon avulla voitiin määrittää ja laskea jokaisen kuntalaisen sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö, eli niiden päivien lukumäärät, jolloin on käytetty eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita vuoden

aikana. *Kolmannessa tapausesimerkissä* esiteltiin iäkkäiden päivystyksen käyttöä eräissä kaupungeissa. Palveluiden käytön eroja seurattiin myös erikoissairaanhoidon päivystyksen päättymisen jälkeiseltä ajalta. Tiedoilla pyrittiin vastaamaan kysymykseen: miten ja mihin asiakkaat kulkeutuvat päivystyksen jälkeen ja minkälaisia kustannuksia palveluiden käytöstä aiheutui?

Päätelmät

Tapausesimerkit osoittivat, kuinka rekisteritietojen ja perusjärjestelmien tietojen yhdistäminen mahdollistaa sote-palveluiden kokonaiskäytön ja palvelupolkujen ja -ketjujen arvioinnin sekä yksilöiden että kuntien tasolla. Kuntaliiton ja Aalto-yliopiston yhteistutkimus osoitti, että jo standardikustannuksia käyttämällä saadaan iäkkäiden ihmisten palvelujen johtamisen tueksi käyttökelpoista tietoa. Yhdistämällä rekisteriaineistoon kunnan toteutuneet kustannukset tiedon käyttökelpoisuus paranee entisestään. Systemaattinen tiedon hyödyntäminen palveluiden johtamisessa ja ohjauksessa vaatii kuitenkin edelleen tietosisältöjen yhtenäistämistä ja tiedon saatavuuden yksinkertaistamista.

Kirjoittajat



Dosentti Miika Linna

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



VTT, FL, KTM Teija Mikkola

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



Apulaisprofessori Antti Peltokorpi

on väitellyt tekniikan tohtoriksi terveydenhuollon tuotantotaloudesta vuonna 2010. Ennen siirtymistään nykyiseen tehtävään Aalto-yliopiston rakentamisen tuotantotalouden apulaisprofessoriksi, hän johti terveydenhuollon johtamiseen ja tuotantotalouteen keskittynyttä HEMA (Healthcare Engineering, Management and Architecture) tutkimusryhmää Aalto-yliopiston tuotantotalouden laitoksella. Peltokorven tutkimusalueita ovat muun muassa prosessien johtaminen, tuotannon suunnittelu ja ohjaus, palvelutuotantostrategiat ja tuottavuuden mittaaminen ja kehittäminen.



KTM Tero Tyni

toimii erityisasiantuntijana Kuntaliitossa. Hänen toimenkuvana on kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon talous- ja rahoitusasiat. Aikaisemmin hän on kehittänyt Kuntaliiton kuntatalousyksikössä kuntien kustannus- ja tuottavuuslaskentaa. Nykyisen työn ohessa Tyni tekee väitöskirjaa Aalto-yliopiston tuotantotalouden laitokselle aiheesta Ikäihmisten palvelujen optimaalinen järjestämis- ja tuotantorakenne.

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

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

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

Väestön sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskäytön arviointi ja vertailu alueellisesta näkökulmasta on toistaiseksi ollut vähäistä. Tässä raportissa tarkastellaan ensi kertaa kattavasti iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä ja kustannuksia sekä pohditaan kansallisten rekisteritietojen käytön mahdollisuuksia kuntien vertailuissa.

Tarkoituksenmukaisen toiminta- ja kustannustiedon saatavuus on avaintekijä sosiaali- ja terveydenhuollon strategisessa päätöksenteossa ja ohjauksessa. Raportin esimerkit valottavat, miten tietoa voidaan ryhmitellä, yhdistellä ja jalostaa siten, että se vastaa paremmin sote-palveluiden kysynnän ja saatavuuden hallinnan, tuotteistuksen, seurannan ja kehittämisen tarpeita.

Sarjan julkaisut löytyvät osoitteista:

www.kunnat.net/ikaantyneet ja www.kunnat.net/kirjakauppa



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

Helsinki 2016