

MATTI MÄKELÄ, UNTO HÄKKINEN, BENGT JUSLIN,
PÄIVI KOIVURANTA-VAARA, ANTTI LISKI,
MATTI LYYTIKÄINEN, JUHA LAINE

Sairaalasta kotiin asti

Erikoissairaanhoidosta alkaneet hoitajaksetjut
pääkaupunkiseudun kunnissa



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

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

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-1890-7 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 951-33-1891-5 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2007

Valopaino Oy

Helsinki 2007

Esipuhe

Tässä julkaisussa raportoidaan Stakesin, Espoon, Helsingin, Kauniaisten ja Vantaan yhteistyönä tehdyn Sakota (Sairaalasta kotiin asti) -hankkeen tuloksia. Hanke on saanut alkunsa, kun syksyllä 2004 Espoon Karhusaaressa pidetyssä Kuusikkokuntien vanhustenhuollon parastamisseminaarissa kiinnitettiin huomiota erikoissairaalahoidon jatkohoitoketjuihin ja alettiin epäillä koko geriatrisen sairaalahoidon toimivuutta.

Erikoissairaanhoidon merkitys kuntien sosiaali- ja terveystoimen ohjaajana näyttää 2000-luvun alussa kasvaneen usella eri tavalla. Helsingin ja Uudenmaan alueella erikoissairaanhoido koottiin yhdeksi organisaatioksi, jonka taloudellinen voima vastaa kansallista suuryritystä. Hoitotakuulainsäädäntö vahvistaa kansalaisten oikeutta sellaiseen erikoissairaanhoidoon, jonka tarve määritetään selkeiden lääketieteellisten diagnoosien perusteella. Käypä Hoito-suositukset vahvistavat sellaisia hoitokäytäntöjä, joiden osalta maailmankirjallisuudesta löytyy tuloksellisuusnäytöt – useimmiten erikoissairaanhoido. Sakkopäiväkäytäntö on kääntänyt erikoissairaanhoidon asiakkuussuhteen ylösalaisin: kun rakennustyömaalla sakkoja maksetaan urakoitsijalla, jonka työ on määräpäivänä keskeneräinen, erikoissairaanhoidossa sakot perii se, jonka työ (potilaan kuntoutuminen kotiin) on määräaikana keskeneräinen.

Erikoissairaanhoidossa odotetaan, että potilas esittää lääketieteen ratkaistavaksi oudon oirekimpun, jolle löytyy selkeä ratkaisu älyllisten ja teknisten akrobaattitemppujen kautta. Geriatrinen potilas ei täytä tätä odotusta. Geriatriasta potilasta luonnehtii usein hänen ongelmansa monisyisyys, epäselvyys ja ennustamattomuus. Hänen ongelmansa on arkinen toimintakyvyn ja autonomian vaje, ja välittömänä syynä sairaalaan tuloon saattaa olla hauraan tasapainon horjuminen varsin vähäisen taudin tai tapahtuman vuoksi. Kun hän ei sitten kuntoudukaan niin nopeasti kuin lääketieteen oppikirjan mukaan kuuluisi, hän jää sairaalahoidossa puolitiehen. Hän tarvitsee jatkohoido. Joidenkin mielestä ”sosiaalipuolella”.

Sairaalatoiminnan tuloksellisuutta on Suomessa ja muualla yleensä mitattu kunkin sairaalajakson alkutilanteen ja lopputilanteen kautta. Hoitojakson kesto, sairaalakuolleisuus, komplikaatioiden määrä tai tämän prosessin taloudellinen tehokkuus ovat usein käytettyjä mittareita. Väestönsä terveydenhuollosta vastaavan kunnan näkökulmasta olennaista on, missä määrin sairaalahoido edistää ikääntyneen väestön toimintakyvyn palautumista ja edellytyksiä asua kotona mahdollisimman korkeaan ikään asti.

Sakota-hankkeen perusoivalluksena on ollut yhdistää rekisteritietojen perusteella saman henkilön toisiaan seuraavat sairaala-, vanhainkoti- ja ympärivuorokautiset palveluasumisjaksot episodiksi, joka päättyy kuolemaan tai kotiutukseen tai jatkuu pitkäaikaishoitona. Tämä yksinkertainen toimenpide tuottaa analyysin kohteeksi ilmiön, jota voi tutkia varsin monipuolisesti. Jo tässä esitutkimuksen luonteisessa analyysissa saatiin suomalaisen ikäihmisen terveydenhuollosta esiin ilmiöitä, joita aikaisemmin on voitu vain ounastella.

Sakota-hanke ja sen tulokset asettavat suuria haasteita niin erikoissairaanhoidolle, kunnille kuin terveydenhuoltotutkimuksellekin, ja samalla osoittavat uusia ratkaisun suuntia. Pelkkä erikoissairaanhoidon toimintaedellytysten turvaaminen ei riitä ratkaisuksi.

Helsingissä 19.1.2007

Tekijät

Tiivistelmä

Matti Mäkelä, Unto Häkkinen, Bengt Juslin, Päivi Koivuranta-Vaara, Antti Liski, Matti Lyytikäinen, Juha Laine. Sairaalasta kotiin asti. Erikoissairaanhoidosta alkaneet hoitajaksoketjut pääkaupunkiseudun kunnissa. Stakes, Työpapereita 3/2007. 41 sivua, hinta 14 €. Helsinki 2007. ISBN 951-33-1890-7

Sakota-hankkeessa oli tarkoituksena tutkia, millä tavoin ikäihmisten erikoissairaalahoidosta alkaneet hoitajaksoketjut, episodit, ovat käyttäytyneet pääkaupunkiseudun kunnissa vuosina 1998–2003. Näkökulmana on koko sairaalahoitajakso jatkohoitoinen. Taustalla oli epäily, että erikoissairaanhoidon hoitajaksojen viime vuosina tapahtunut lyheneminen ja tehostuminen ovat vanhuksilla heijastuneet koko sairaalahoitoprosessin tuloksellisuuden ja tehokkuuden heikkenemiseen. Tutkimuksen kohteena ovat episodin kesto, lopputulos (kuolema, kotiutuminen tai pitkäaikaishoito), monipolvisuus ja uusiutumisriski ja niiden vaihtelu potilaan kotikunnan, kaleriverivuoden, episodin ensimmäisen hoitajakson erikoisalan ja päivystyksellisyyden mukaan.

Aineistona ovat Helsingin, Espoon, Vantaan ja Kauniaisten 65 vuotta täyttäneiden asukkaiden hoitajakso erikoissairaanhoidossa (ei psykiatriaa eikä päiväkirurgiaa), terveyskeskussairaaloissa, vanhainkodeissa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä, sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteristä ja poistoilmoitusrekisteristä. Hoitajakso on yhdistetty episodiksi (N = 214 112), yhden tai useamman hoitajakson ketjuksi, joka alkaa, kun kotona asunut ihminen on otettu erikoissairaalahoitoon, ja päättyy kuolemaan tai vähintään kaksi viikkoa kestäneeseen kotiutukseen.

Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että erikoissairaanhoidon organisaatio on tutkimusajan kohtana siirtänyt ikääntyneen väestön hoitovastuuta johdonmukaisesti pois itseltään vähentämällä elektiivisiä hoitopisodeja ja lyhentämällä päivystyksellisten episodien erikoissairaanhoidon osuuden kestoja. Tämä muutos ei ole johtanut koko hoitopisodin kotiuttamistehon kasvuun. Onnistuneeseen kotiuttamiseen tarvittavien hoitopäivien määrä on kasvanut ja pitkäaikaishoitoon päättymisen vaara lisääntynyt.

Pääkaupunkiseudun kuntien välillä on suuria eroja ikäihmisten erikoissairaanhoidosta alkaneiden hoitajaksoketjujen kulussa ja lopputuloksessa. Kuntien väliset erot ikäihmisten päivystyksellisten hoitopisodien kotiuttamistehossa syntyvät heti ensimmäisinä hoitopäivinä ja säilyvät johdonmukaisina koko hoitopisodin ajan. Espoossa ja Kauniaisissa kotiutuminen on nopeinta, Vantaalla hitainta. Helsingin järjestelmässä luonteenomaista on nopea ja kattava siirtyminen erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon. Vantaalaisessa hoitoprosessissa erottuu muita kuntia suurempi vanhainkotihoidon osuus päivystysepisodien hoitajaksoketjussa.

Tässä tutkimuksessa käytetty episodin käsite on hedelmällinen tapa tarkastella ikääntyneen väestön terveyspalveluita. Se tuo olennaista tietoa aiemmin käytettyjen hoitajaksokohtaisen tarkastelun ja alueellisen tai väestöryhmittäisen summatason tarkastelun lisäksi.

Avainsanat: geriatrinen potilas, sairaalahoito, hoitajakso, hoitoketju, kotiutuminen, pitkäaikaishoito, päivystys, tuloksellisuus, tehokkuus

Sisällys

Esipuhe

Tiivistelmä

Johdanto	9
Vanhusten sairaalahoidon toimintaympäristön erot pääkaupunkiseudun kunnissa	10
Aineisto ja käsitteet.....	14
Tulokset	16
Johtopäätökset	29
Liitetaulukot.....	31

JOHDANTO

Taustaa

Erikoissairaanhoidon hoitojaksot ovat lyhentyneet, ja toimintatapa erikoissairaanhoidossa edellyttää tämän trendin jatkumista. Hoitotakuu edellyttää erikoissairaanhoidon läpivirtauksen nopeutumista entisestään, etenkin elektiivisillä potilailla. Vanhuspotilaiden hoitojaksoista merkittävä osa ei pääty kotiutukseen, vaan jatkohoitoon laitospäristössä (tai muussa ympärivuorokautisessa hoivassa).

Erikoissairaanhoidon tuloksellisuusseuranta nojaa toisaalta jonojen, toisaalta DRG-luokituksella määriteltyjen hoitojaksojen tuotannon ja tehokkuuden seurantaan. DRG käsittää vain erikoissairaanhoidon yksittäisen hoitojakson ja rajaa hoitoketjun ulkopuolelle koko erikoissairaanhoidon jälkeisen laitoshoitoketjun, alkaen sakkojaksosta terveyskeskussairaalan ja vanhainkotihoiton kautta aina kotiutumiseen, kuolemaan tai seuraavaan sairaalahoitoon saakka.

DRG-jakson jälkeiset hoidot muodostavat merkittävän osan vanhuspotilaan hoidosta, sekä kuntoutustuloksellisuuden että kustannusten näkökulmasta. Jos sairaala- ja laitospaikkojen lukumäärä halutaan rajata tai jopa supistaa samanaikaisesti nopeutuvan läpivirtauksen kanssa, on myös jatkohoidon hoitoaikojen lyhennyttävä, ja siis kotiutusten lisääntyttävä. Sairaalapotilaiden kotiutumistodennäköisyyttä koskevat tutkimukset ovat yleensä diagnoosispesifisiä. Koko sairaalajärjestelmää tai sen osaa koskevaa kotiuttamistodennäköisyystietoa ei yleisesti tuoteta eikä käytetä hyväksi.

Tavoite

Hankkeen tavoitteena on selvittää, miten vanhusten sairaalahoidon hoitojaksoketjut ovat kehittyneet pääkaupunkiseudun kunnissa, kun näkökulmana on koko sairaalahoitajakso jatko-hoitoinen, ja mitkä seikat liittyvät tähän kehitykseen. Taustalla oli epäily siitä, että erikoissairaanhoidon hoitojaksojen viime vuosina tapahtunut lyhentymisen ja tehostuminen liittyvät koko vanhusten sairaalahoitoprosessin tuloksellisuuden ja tehokkuuden heikentymiseen. Hankkeessa tarkastellaan kaikkia erikoissairaanhoidosta alkaneita hoitopisodeja (hoitojaksoketjuja) kiinnittämällä huomiota siihen, saavutetaanko monipolvisissa ja -portaisissa hoitoketjuissa yhtä hyvä tai parempi lopputulos. Lopputulosta mitataan mm. hoitopisodin kestolla, kotiutumistodennäköisyydellä, episodin uusiutumisriskillä (ns. pyöröovi-ilmiö) ja episodin monipolvisuudella (episodiin sisältyvien peräkkäisten hoitojaksojen määrä). Analyysissa otetaan huomioon väestön ikä- ja sukupuolijakauma. Raportin alussa esitellään lyhyesti pääkaupunkiseudun kuntien vanhusten sairaalahoidon organisointia, koska nämä on otettava huomioon hankkeen tuloksia arvioitaessa.

VANHUSTEN SAIRAALAHOIDON TOIMINTAYMPÄRISTÖ PÄÄKAUPUNKISEUDUN KUNNISSA

Pääkaupunkiseudun 65 vuotta täyttäneen väestön rakenne on esitetty taulukoissa 1 ja 2. Viisikokuntien vanhusten palveluverkoston eräitä tunnuslukuja on esitetty taulukoissa 3 ja 4. Näissä taulukoissa ilmenevien erojen lisäksi alla on kuvattu myös muita pääkaupunkiseudun kuntien välisiä eroja vanhusten sairaalahoidon toimintaympäristössä, erityisesti päivystysjärjestelyitä ja hoidonohjauksen käytäntöjä.

TAULUKKO 1. Iäkkäiden väestömäärät Suomessa ja pääkaupunkiseudun kunnissa 31.12.2005

	Koko maa	Espoo	Helsinki	Kauniainen	Vantaa
65–74 v	448 198	13 072	40 519	746	11 944
75–84 v	304 378	7 123	27 297	503	5 321
85+ v	88 589	1 872	10 046	133	1 239
65+ yhteensä	841 165	22 067	77 862	1 382	18 504
Väestö yhteensä	5 255 580	231 704	560 905	8 457	187 281

TAULUKKO 2. Iäkkäiden väestöosuudet Suomessa ja pääkaupunkiseudun kunnissa 31.12.2005

	Koko maa	Espoo	Helsinki	Kauniainen	Vantaa
65–74 v	8,5 %	5,6 %	7,2 %	8,8 %	6,4 %
75–84 v	5,8 %	3,1 %	4,9 %	5,9 %	2,8 %
85+ v	1,7 %	0,8 %	1,8 %	1,6 %	0,7 %
65+ yhteensä	16,0 %	9,5 %	13,9 %	16,3 %	9,9 %

TAULUKKO 3. Pitkäaikaishoidon yksiköissä asuneiden 75 vuotta täyttäneiden osuus ko. väestöstä vuonna 2003 (poikkileikkaustieto)

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere
Terveyskeskuspitkäaikaishoito	2,9	2,4	0,7	3,2	1,5
Vanhainkodit	5,3	1,8	4,7	4,8	5,8
Tehostettu palveluasuminen	2,6	3,4	4,9	2	1,6
Yhteensä	10,8	7,6	10,3	10	8,9

TAULUKKO 4. Lyhytaikaishoidon sairaalahoidossa olleiden 75 vuotta täyttäneiden osuus ko. väestöstä joulukuussa 2003 (poikkileikkaustieto)

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere
Terveyskeskussairaala	1,7	1,4	1,1	0,4	1,6
Erikoissairaanhoido	0,6	0,8	1,2	1,9	1,4
Yhteensä	2,3	2,2	2,3	2,3	3

Espoo

Espoon vanhusten sairaalahoidon erityispiirteitä piirteitä ovat:

- Suhteellisen pieni ja ikärakenteeltaan nuori vanhusväestö (tutkimusajankohtana 75 vuotta täyttäneitä 7–8 000).
- Hoitopaikkojen kokonaismäärä väestömäärään suhteutettuna pieni.
- Tutkimusajankohtana terveyskeskussairaalapaikkoja oli vielä runsaasti (noin 400), joista yli puolet oli pitkäaikaishoitoa.
- Vanhainkotipaikkoja oli suhteellisen vähän. Tätä kompensoi nopeasti kasvava tehostetun palveluasumisen paikkojen määrä.
- Terveyskeskuksella on kaksi akuuttiosastoa Jorvin sairaalan tiloissa. Kaksi muuta sairaalaa (Puolarmetsä ja Muurala) sijaitsevat erillään erikoissairaanhoidon päivystyspisteestä ja osastoista (11 km ja 5 km).
- Vanhusten pitkäaikaishoidon määrä ikääntyneen väestön määrään suhteutettuna pieni, 8,1 prosenttia (taulukko 3).
- Vanhusten lyhytaikainen sairaalahoido painottuu terveyskeskussairaalaan, 64 prosenttia (taulukko 4).
- Kunnan koko vanhusten laitoshoido organisatorisesti samassa yksikössä.
- Ei erikoissairaanhoidoa kaupungin omana toimintana.
- Valtaosa vanhusten erikoissairaanhoidosta HYKS/Jorvin sairaalan kautta.

PÄIVYSTYSJÄRJESTELYT:

- Terveyskeskusten päivystystoiminta on virka-aikana terveysasemilla. Virka-ajan ulkopuolella Jorvin sairaalassa toimii yhteispäivystys erikoissairaanhoidon kanssa.
- Terveyskeskussairaaloilla ei ole, akuuttiosastoja lukuun ottamatta, erillistä yöaikaista päivystystä (= yhteispäivystys).

POTILASOHJAUS:

- Potilaat ohjautuvat terveyskeskuksen akuuttiosastoille joko terveysasemien päivystyksestä tai Jorvin sairaalan yhteispäivystyksestä.
- Yhteispäivystyksessä on mahdollisuus seurata potilaita yön yli. Osastoilla ei ole yöaikaista potilaiden vastaanottoa, edes sairaalasiirtoina.
- Potilaat ohjautuvat terveyskeskuksen kuntoutusosastoille joko erikoissairaanhoidosta tai terveysasemilta läheteellä.
- Pitkäaikaishoitoon (terveyskeskuksen pitkäaikaispaikat, vanhainkodit ja tehostettu palveluasuminen) ohjaaminen tapahtuu keskitetysti. Siirtymistä edeltää yleensä terveyskeskussairaalassa, joko akuutin sairauden yhteydessä tai elektiivisesti, tehty arvio. Avohoidosta suoraan pitkäaikaishoitoon siirtyminen on harvinaista, lähinnä kiireelliset dementiakotisijoitukset. Erikoissairaanhoidosta siirrytään pitkäaikaishoitoon ainoastaan poikkeustapauksissa (siirrot dementiakoteihin psykiatrisesta sairaalahoidosta).

Helsinki

Akuuttisairaaloiminta käynnistettiin Helsingissä 1990-luvun puolivälissä. Akuuttisairaalan tehtävänä on ottaa potilaat jatkohoitoon erikoissairaanhoidon tarpeen päätyttyä ja huolehtia vanhusväestön kuntoutuksesta siten, että pitkäaikaiseen laitoshoidon joutuminen voidaan estää tai sitä voidaan myöhentää. Kaikilla alueellisilla terveyskeskuksilla oli omat akuuttisairaalaansa, jotka yhdistettiin vuoden 2004 alussa ja toiminta keskitettiin Laakson, Malmin ja Herttoniemen sairaaloihin; lisäksi Koskelan sairaalaan jäi toimimaan kaksi neurologista kuntoutusosastoa.

PÄIVYSTYSJÄRJESTELYT:

Päivystys toimii kolmiportaisesti. Päiväsaikaan terveysasemat huolehtivat akuuttipotilaistaan. Iltaisin ja viikonloppuisin aikuisten terveyskeskuspäivystys on keskitetty Malmin ja Marian sairaaloihin. Näissä sairaaloissa toimii myös ympärivuorokautinen perussisätautien ja pientraumatologian päivystys. Vuoteen 2000 asti Malmilla ja Mariassa oli kirurgian erikoisalan päivystys, joka on nykyisin keskitetty Meilahteen. Vaativimmat sisätautien ja neurologian potilaat hoidetaan Meilahden sairaalassa ja tapaturmat hoidetaan Töölössä.

Terveyskeskussairaalaan otetaan potilaita paikkatilanteen mukaan ympäri vuorokauden ja kaikkina viikonpäivinä. Lääkäripäivystys pienimmissä terveyskeskussairaaloissa on ollut puhe-
linpäivystystä ja suuremmissa sairaalapäivystystä.

POTILASOHJAUS:

Akuuttisairaalan potilaista noin 45 prosenttia tulee Malmin tai Marian päivystysalueilta, noin 45 prosenttia Töölön ja Meilahden sairaaloista ja loput vajaan 10 prosenttia suoraan kotoa tai muusta hoitopaikasta. Vanhusväestön lyhytaikaisesta sairaalahoidosta akuuttisairaala tuottaa yli 70 prosenttia ja erikoissairaanhoidon osuus on alhaisempi kuin vanhusviisikon muissa kaupungeissa (taulukko 4).

SAS-toiminta on ollut alueellisesti keskitettyä ja sitä on pyritty ohjaamaan mm. RaVa-mittarin avulla. Valtaosa sijoituksista ympärivuorokautiseen hoitoon tapahtuu akuuttisairaala-äkillisen sairauden ja kuntoutusjakson jälkeen.

Kauniainen

Kauniaisissa yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on 17 prosenttia (9/06 n. 1 450 henkilöä). Kaupungissa on yksi terveyskeskussairaala, jossa 30 sairaansijaa, lisäksi 20-paikkainen dementia- ja 17-paikkainen vanhainkoti. Avohoitomuotoista tehostettua asumispalvelua täällä ei ole lainkaan, tosin rajanveto laitoshoidon tältä osin nykyisin kuin veteen piirretty viiva.

Kaupungilla on yhteinen terveyskeskus päivystys Espoon kanssa Jorvin sairaalassa klo 16 jälkeen arkisin ja viikonloppuisin. Omassa terveyskeskussairaalassa ei ole ympärivuorokautista lääkäripäivystystä. Jorvin päivystyksestä voidaan päivystysaikoina ottaa potilaita sairaalaan, mikäli sairaalassa on tilaa ja potilaan vointi on vakaa. Arkisin siirrot toteutuvat yleensä virka-aikana. Espoon kanssa sopimus, että voidaan myös tarvittaessa käyttää Jorvin sairaalassa sijaitsevia Espoon terveyskeskusosastoja.

Vantaa

Vantaan vanhusten sairaalahoidossa leimallisia piirteitä ovat mm. seuraavat:

- Suhteellisen pieni ja ikärakenteeltaan nuori vanhusväestö (tutkimusajankohtana 65 vuotta täyttäneitä n. 15 000).
- Terveyskeskussairaala (Katriinan sairaala) on pieni suhteessa vanhusväestöön (vuosina 1998–2003 paikkaluku oli 201, josta 20 paikkaa viikko-osastona, ts. eivät käytössä viikonloppuisin eivätkä siten toimineet pitkittyvän erikoissairaanhoidon jatkohoitoresurssina).
- Terveyskeskussairaala sijaitsee kaukana erikoissairaanhoidon päivystyspisteestä ja osastoista (n. 20 km).
- Vanhusten lyhytaikaisesta sairaalahoidosta suurehko osuus tapahtuu erikoissairaanhoidossa.
- Ei erikoissairaanhoidon oman toimintana.
- Valtaosa vanhusten erikoissairaanhoidosta HYKS/Peijaksen sairaalan kautta.
- Akuutti sairaalahoidon painottuu erikoissairaanhoidon (taulukko 4).

PÄIVYSTYSJÄRJESTELYT:

- Yksi keskitetty, yhdennetty päivystys Peijaksen sairaalan yhteydessä.
- Terveyskeskussairaalla ei ole yöaikaista sairaalapäivystystä eikä yöaikaista potilaiden vastaanottoa edes sairaalasiirtoina.

POTILASOHJAUS:

- Potilaat ohjautuvat terveyskeskussairaalan osastoille lähes yksinomaan HYKS/Peijaksen sairaalan kautta.
- Vanhainkotipaikkoja (ja erityisesti tehostetun asumispalvelun paikkoja) on suhteellisen paljon, ja vanhainkotiin otetaan myös suoraan erikoissairaanhoidosta.
- Potilaat ohjautuvat vanhankoteihin ja tehostetun asumispalvelun yksiköihin sekä pitkäaikaiseen että lyhytaikaiseen hoitoon keskitetyn hoidonjärjestelyn kautta.
- Lyhytaikaiseen ympärivuorokautiseen hoivaan otetaan suoraan erikoissairaanhoidosta, viikko-osastojaksolta tai kotoa. Merkittävä osa lyhytaikaista ympärivuorokautista hoivaa on omaishoidon asiakkaiden intervallihoitoa.
- Pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoivaan tullaan suoraan erikoissairaanhoidosta, terveyskeskussairaalan kuntoutusjakson jälkeen, viikko-osastolta tai vanhainkodin intervallihoitojaksolta.

AINEISTO JA KÄSITTEET

Tutkimusaineistoon on poimittu kaikki yli 65-vuotiaat Helsingin, Espoon, Vantaan ja Kauniaisten asukkaat, joilla on ollut ei-psykiatrinen erikoissairaanhoidon hoitojakso ajanjaksona 1998–2004. Näille potilaille on haettu kaikki hoitojaksot terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä (palvelualalta sairaalan/terveyskeskuksen vuodeosastohoito), sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteristä (palvelualoilta vanhainkoti ja ympärivuorokautinen palveluasuminen) ja poistoilmoitusrekisteristä. Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuushankkeen (ns. benchmarking) avokäyntejä aineistossa ei ole mukana.

HILMO-kirjaamisia on tarkennettu siten, että elektiiviset hoitojaksot on määritelty myös päivystykselliseksi, jos elektiivistä hoitojaksoa on edeltänyt päivystyskäynti (näitä päivystykselliseksi muutettuja hoitojaksoja oli vuosittain noin 3 000).

Tutkimuksessa mitataan erikoissairaanhoidon palveluketjua *episodilla* (N = 214 112). Se on määritelty hoitojaksoksi, joka alkaa, kun kotona (vähintään kaksi viikkoa) asunut ihminen joutuu erikoissairaalaan. Episodi päättyy joko kuolemaan tai kotiutukseen. Pitkäaikaishoitoon päätyviksi katsotaan tässä tutkimuksessa episodi, jossa potilas on edelleen ympärivuorokautisessa hoidossa (sairaalassa, vanhainkodissa tai ympärivuorokautisessa palveluasumisessa) hoidon kestänyt 365 päivää. Kaikki hoitopaikkasiirrot episodin aikana sisältyvät samaan episodiin, myös siirto esim. vanhainkodista erikoissairaanhoidon uuden sairauden vuoksi. Samaan episodiin sisältyy myös uusi sairaalahoitojakso, joka alkaa vähemmän kuin kaksi viikkoa kotiutuksesta. Episodi koostuu siis useammasta *hoitojaksosta* joko sairaaloissa tai sosiaalihuollon ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa palveluyksiköissä.

Episodit on jaettu kolmeen ryhmään:

- 1) Kotiutukseen päättyneeseen episodiin (henkilö on ollut yhtäjaksoisesti vähintään kaksi viikkoa kotona).
- 2) Kuolemaan päättyneeseen episodiin.
- 3) Pitkäaikaishoitoon päättyneeseen episodiin (henkilö on sairaalassa, vanhainkodissa tai ympärivuorokautisessa palveluasumisyksikössä 365 päivän kuluttua episodin alkamisesta ilman että on ollut yli 2 viikon jaksoa kotona).

Lisäksi tarkastellaan erikseen puhtaita kotiutuksia, joilla tarkoitetaan sellaisia henkilöitä jotka ovat olleet yhtäjaksoisesti 365 päivää kotona kotiutuksen jälkeen

Malmin päivystysyksikön akuuttiosastojen hoitojaksot käsiteltiin erikoissairaanhoidon.

Aineisto on muodostettu vuosien 1998–2004 hoitoilmoitustiedoista ottaen mukaan kunakin vuonna 65 vuotta täyttäneet Espoon, Helsingin Kauniaisten ja Vantaan asukkaat.

Yksityiskohtaiset kunnittaiset tiedot ilmenevät liitetaulukoista.

Episodit eritellään päivystyksellisiin ja elektiivisiin. Yksityiskohtaisemmassa tarkastelussa (liitetaulukot 8–37) rajoitetaan päivystysepisodeihin. Eräissä analyyseissa eritellään episodit ensimmäisen hoitojakson erikoisalan mukaan (liitetaulukot 5–7, 9–15). Erikoisaloista sisätauteja, keuhkosairauksia ja neurologiaa käsitellään yhtenä ryhmänä (konservatiiviset erikoisalat), kirurgiaa ja neurokirurgiaa (operatiiviset erikoisalat) toisena, ja muita erikoisaloja kolmantena ryhmänä (muut erikoisalat). Aineistossa ei ole mukana psykiatria eikä päiväkirurgiaa.

Liitetaulukossa 16–21 eritellään päivystysepisodit sen mukaan, mikä on episodin (ensimmäisen vuoden) päätepiste, ja kuolemaan ja kotiutukseen päättyneitä päivystysepisodeja myös sen mukaan, kuinka suuri osa niistä tapahtui ainoastaan erikoissairaanhoidossa. Liitetaulukoissa 22–29 on päivystysepisodeihin sisältyvien hoitojaksojen määriä tarkasteltu erikseen myös eri-

koissairaanhoitoa, perusterveydenhuoltoa ja vanhainkotihoitopäiviä (tai ympärivuorokautisen asumispalvelun hoitopäiviä) sisältävissä päivystysepisodeissa.

Liitetaulukoissa 31–37 eritellään episodien hoitopäiviä erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja vanhainkodeissa (tai ympärivuorokautisessa asumispalvelussa) sen mukaan, millainen jatkohoitojen ketju ja millainen lopputulos episodin muodostaa.

Vakioinnit on tehty lineaarisella regressiomallilla, jonka estimoimiseen käytettiin kaikkien neljän kunnan potilaita vuodelta 2002. Vakioitavia tekijöitä ovat ikä ja sukupuoli.

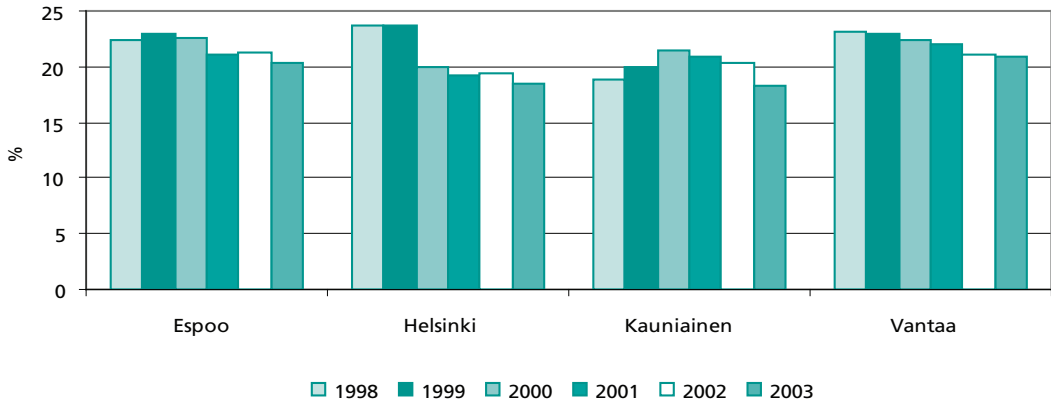
Episodin kotiutumisprosessia on graafisesti kuvattu käyrällä, jossa kuhunkin hoitopäivään mennessä kotiutuneiden potilaiden (ikä- ja sukupuolivakioitu) osuus on kuvattu kotiutumiskertymäksi. Kertymä on kunakin hoitopäivänä suhteutettu siihen hoitopäivään saakka elossa säilyneisiin, ts. kuolema on katsottu kotiutumisen näkökulmasta sensuroivaksi päätepisteeksi.

Episodin eri lopputulosten (kotiutuminen, pitkäaikaishoito ja kuolema) todennäköisyyksiä on vakioinnin lisäksi analysoitu binäärisillä logistisilla regressiomalleilla.

TULOKSET

Erikoissairaanhoidossa olleet

Erikoissairaanhoidon kokonaiskuvan hahmottamiseksi tarkastellaan ensiksi erikoissairaanhoidon kokonaiskäyttöä sen mukaan kuinka suuri osuus yli 65 vuotiaista on ollut erikoissairaanhoidossa vuoden aikana.

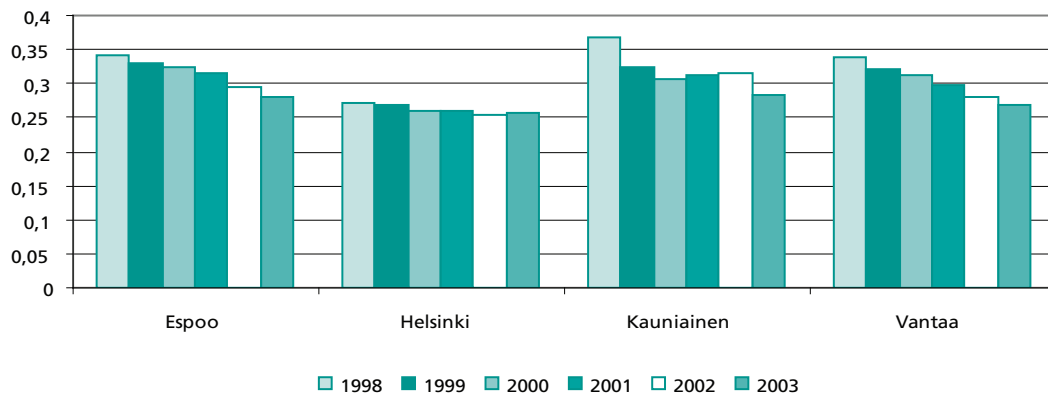


KUVIO 1. Erikoissairaanhoidossa vuoden aikana olleet kunnittain; ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

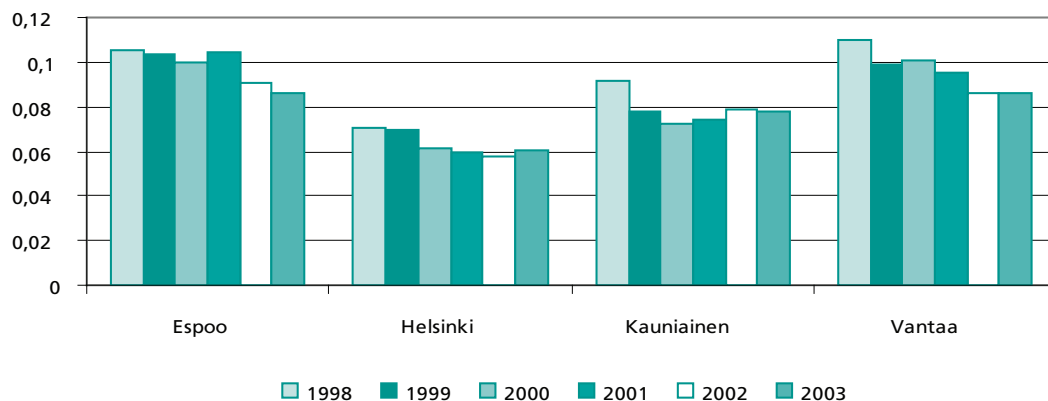
Kaikissa kunnissa Kauniaista lukuun ottamatta on havaittavissa selvä laskeva trendi käyttäjien osuudessa, kun ikä- ja sukupuolirakenne on otettu huomioon (Kuvio 1, liitetaulukko 1). Helsingissä käyttö on Vantaata ja Espoota vähäisempää. Helsingissä suurin vähennys ajoittuu vuodelle 2000 eli ajankohtaan, jolloin Helsingin erikoissairaanhoidon uudelleen organisoitiin. Erikoissairaanhoidon käyttäjien osuus on kuitenkin ollut erilaista ikäryhmittäin. Nuorimmassa ikäryhmässä käyttäjien osuus on laskenut kolmessa suurimmassa kaupungissa kummallakin sukupuolella (liitetaulukko 2 ja 3). Sen sijaan 75–85-vuotialla on Vantaalla ja Espoossa käyttäjien osuus vähentynyt hitaammin kuin Helsingissä. Yli 85-vuotilailta käyttäjien osuus on jopa lisääntynyt Espoossa.

Episodit ja niiden rakenne

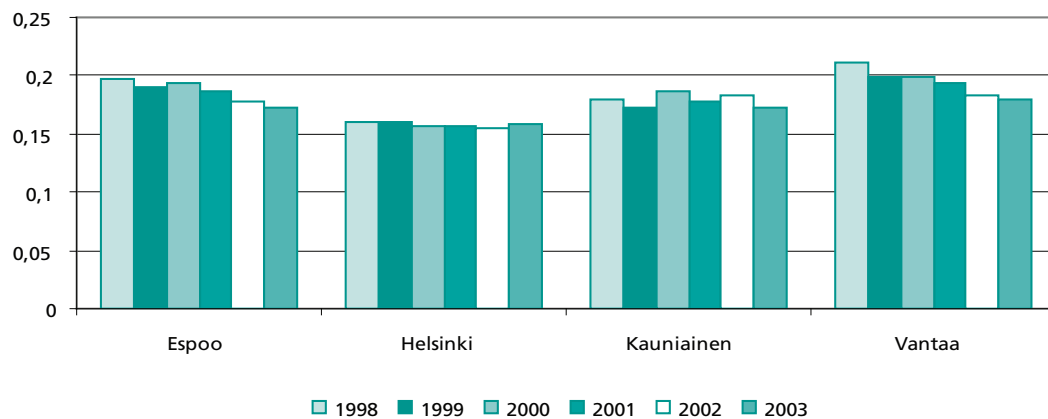
Episodien kokonaismäärä asukasta kohti on laskenut kaikissa kunnissa, eniten Vantaalla, Espoossa ja Kauniaisissa, joissa määrät ovat lähestyneet Helsingin tasoa (kuvio 2, liitetaulukko 4). Pääosa episodeista suuntautuu konservatiivisiin erikoisaloihin (sisätauteihin, keuhkosairauksiin ja neurologiaan), joissa myös kuntien väliset erot ovat suurimmat (kuvio 3, liitetaulukot 5–7). Myös päivystyksellisten episodien kokonaismäärä asukasta kohti on vähentynyt (kuvio 4, liitetaulukot 8–11).



KUVIO 2. Episodit henkeä kohti kunnittain; ikä- ja sukupuolivakioidut luvut



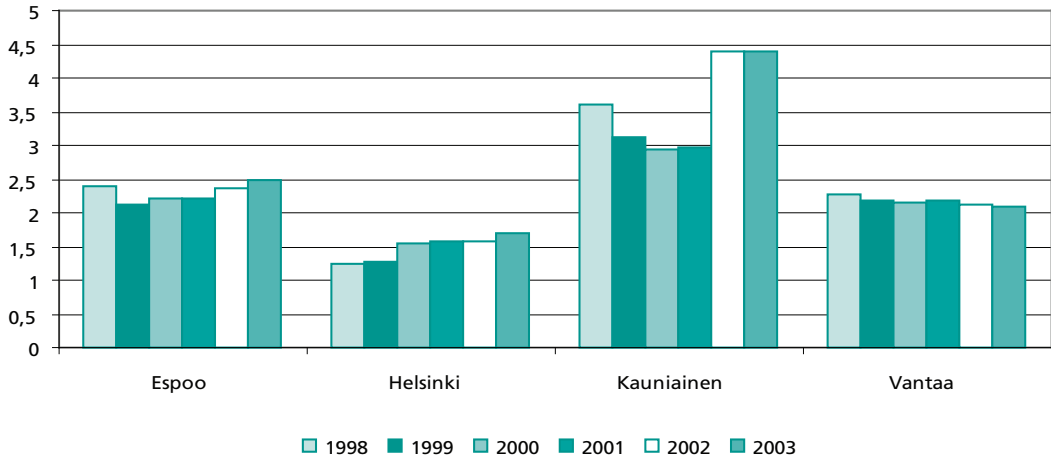
KUVIO 3. Konservatiivisten erikoisalojen episodit henkeä kohti kunnittain; ikä- ja sukupuolivakioidut luvut



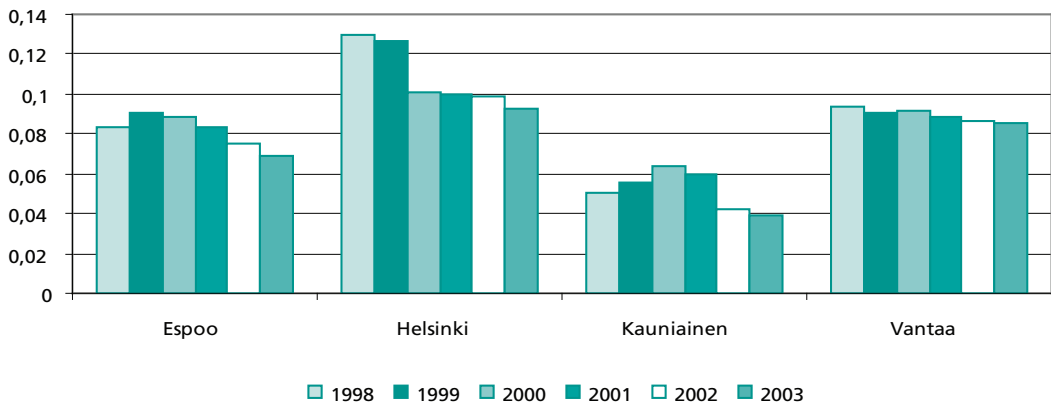
KUVIO 4. Päivystysepisodit henkeä kohti kunnittain; ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

Episodien väheneminen ei kuitenkaan ole koko kuva. Ilmiö jakautuu toisaalta siihen, kuinka monta episodia kullakin potilaalla on ollut vuoden aikana ja toisaalta siihen, kuinka monta potilasta asukasta kohti on ollut päivystyspotilaana. Näissä tekijöissä on suuria eroja kaupunkien välillä. Episodien määrä potilasta kohti (pyöröovi-ilmiö) on ollut koko tarkasteltavana aikana suurin

KauniAISissa ja pienin Helsingissä (Kuvio 5, liitetaulukot 12–15). Päivystysepisodeissa olleiden potilaiden määrä laski Helsingissä vuonna 2000 kun Vantaalla ja Espoossa se lisääntyi 1990-luvun loppuvuosina (kuvio 6). Vuonna 2003 tasoittuivat kaupunkien väliset erot potilaiden määrissä. Kaupunkien väliset erot päivystysepisodioiden määrässä asukasta kohti liittyvät siis ennen kaikkea siihen, että erityisesti KauniAISissa mutta jossain määrin myös Espoossa ja Vantaalla samoille potilaille kertyy erikoissairaanhoidon päivystysepisodeja enemmän kuin Helsingissä.



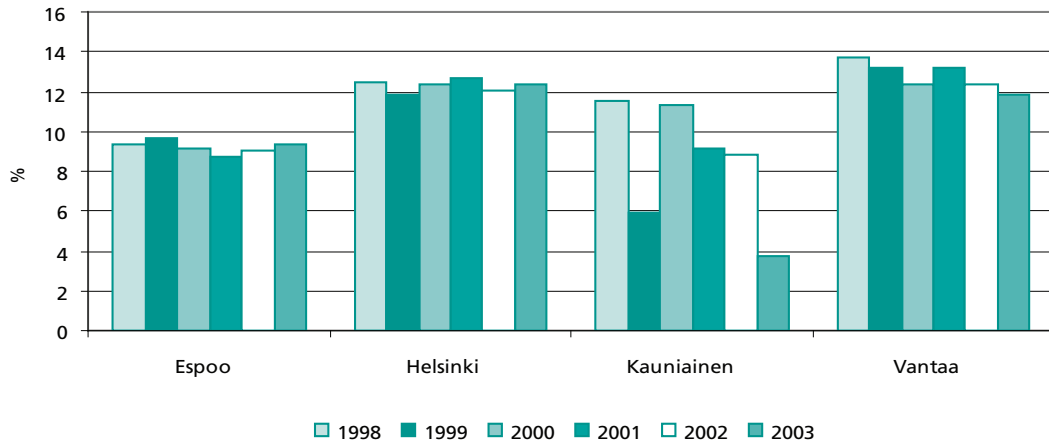
KUVIO 5. Päivystysepisodit potilasta kohti kunnittain; ikä- ja sukupuolivakioidut luvut



KUVIO 6. Päivystysepisodissa olleita potilaita asukasta kohti kunnittain, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

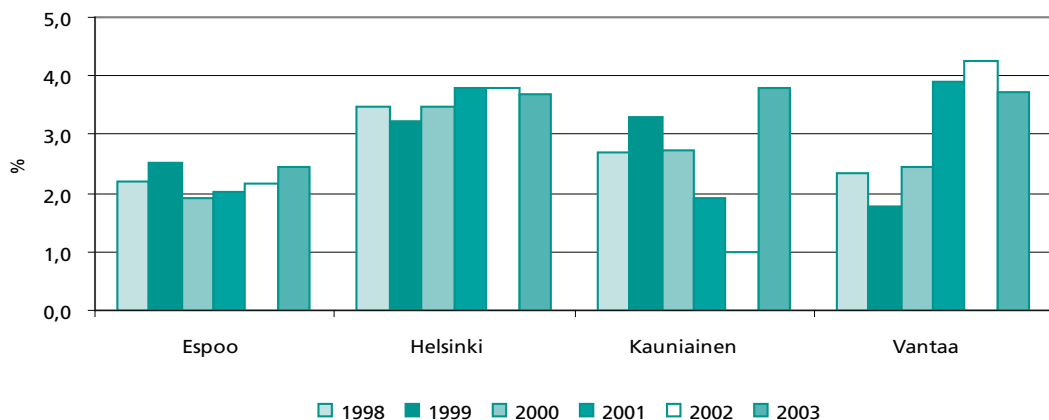
Päivystysepisodioiden lopputulos

Päivystysepisodeista hieman yli 10 prosenttia päättyi kuolemaan, ja tällaisten episodien osuus on hieman laskenut kaikissa kunnissa (kuvio 7, liitetaulukot 16–17). Päivystysepisodi päättyi kuolemaan Vantaalla ja Helsingissä hieman useammin kuin Espoossa ja Kaunaisissa.



KUVIO 7. Kuolemaan päätyneiden episodien osuus kaikista päivystysepisodeista kunnittain (%)

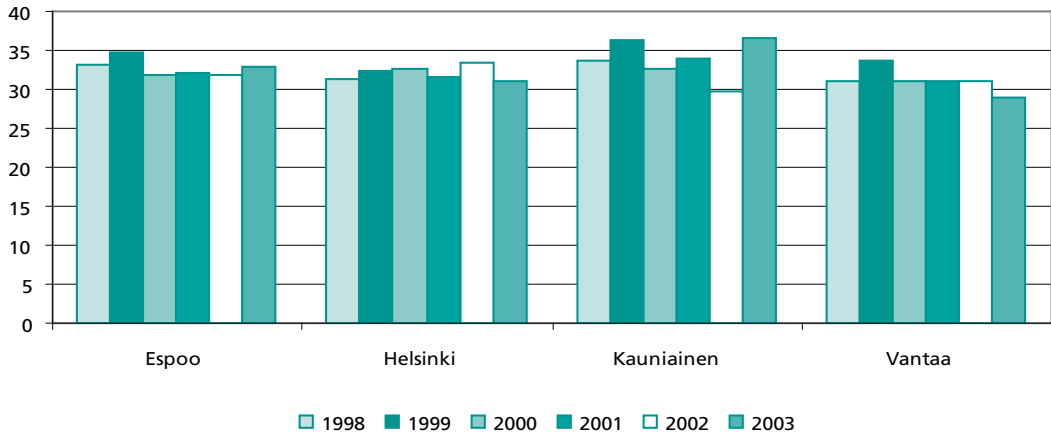
Pitkäaikaishoitoon (sairaalassa, vanhainkodissa tai ympärivuorokautisessa asumispalveluyksikössä) päätyneiden päivystysepisodien osuus on hieman kasvanut Helsingissä ja erityisesti Vantaalla, jossa vuosien 1998–2000 noin 2,5 prosentin taso on noussut helsinkiläiselle noin 4 prosentin tasolle (kuvio 8, liitetaulukko 20).



KUVIO 8. Pitkäaikaishoitoon päätyneiden episodien osuus päivystysepisodeista kunnittain (%)

Kotiutukseen päätyneiden episodien osuus on kaikkina vuosina Helsingissä ja Vantaalla muita kuntia pienempi (liitetaulukko 18–19). Noin 30–35 prosenttia päivystysepisodeista johtaa puhtaaseen kotiutukseen (kuvio 9, liitetaulukko 21). Tässä osuudessa ei ole johdonmukaista vuosittaista trendiä.

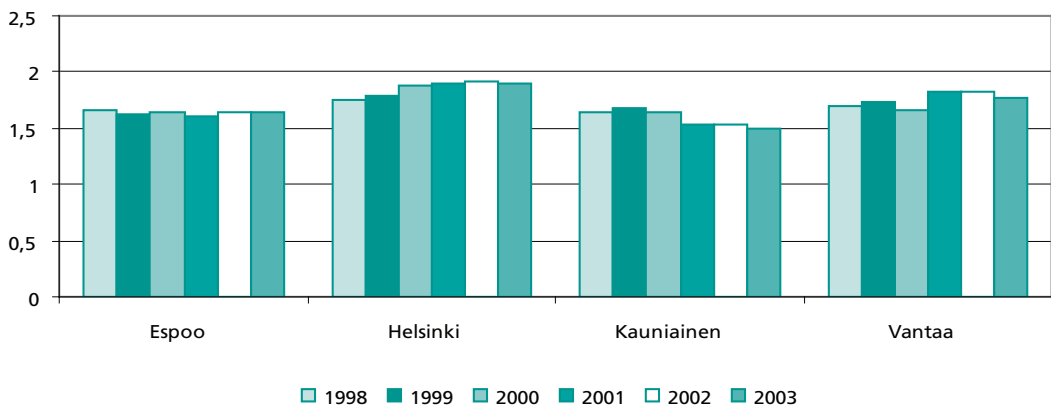
Kun noin 15 prosenttia episodeista päättyy kuolemaan tai pitkäaikaishoitoon, voi päätellä, että päivystysepisodin jälkeen kotiutuvista ikäihmisistä lähes kaksi kolmannesta joutuu vuoden kuluessa uudelleen erikoissairaanhoidon.



KUVIO 9. Puhtaaseen kotiutukseen päättyneiden episodien osuus päivystysepisodeista kunnittain

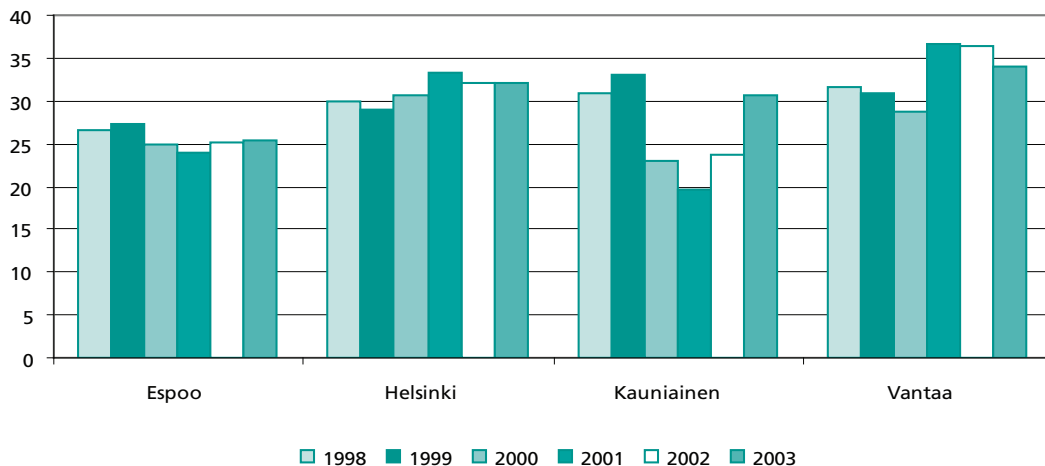
Episodeihin liittyvät hoitajaksot ja hoitopäivät

Hoitajaksojen määrä päivystysepisodia kohti (episodin monipolvisuus) vaihtelee kunnittain 1,5:sta 1,8:aan. Hoitajaksojen määrä on lisääntynyt Helsingissä ja Vantaalla, joissa niitä vuonna 2003 oli enemmän kuin muissa kunnissa (kuvio 10, liitetaulukot 22–29). Kuntien väliset erot episodien monipolvisuudessa ovat pieniä tarkasteltaessa pelkästään erikoissairaanhoidossa hoidettuja episodeja. Episodeissa, joihin sisältyi erikoissairaanhoidoa ja terveyskeskussairaalahoitoa, Vantaa erottautuu muita kuntia monipolvisempaan.



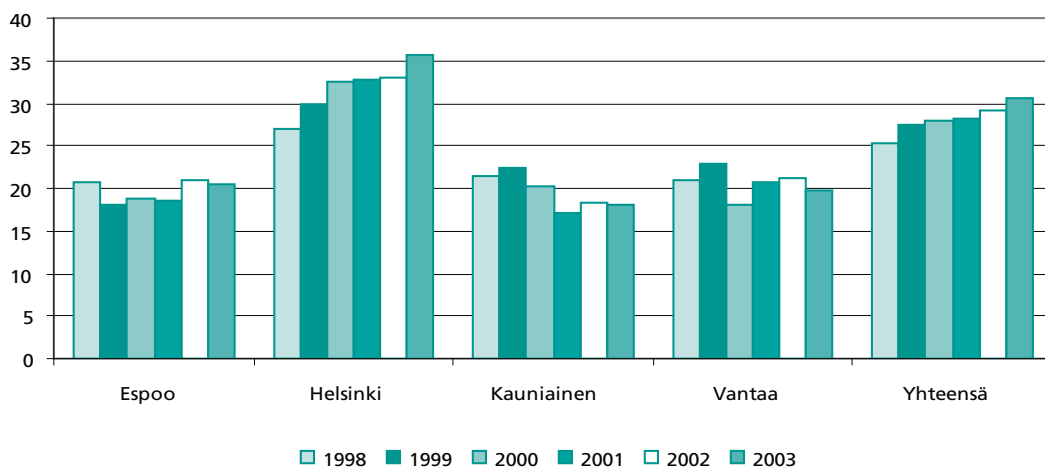
KUVIO 10. Hoitajaksojen määrä päivystysepisodeissa kunnittain

Hoitopäivien määrä hoitoepisodeissa on kehittynyt samalla tavalla kuin hoitajaksojen määrä (liitetaulukot 31–37). Hoitopäivien kokonaismäärä päivystysepisodeissa on lisääntynyt Vantaalla ja Helsingissä. Sen sijaan Espoossa hoitopäivien määrä on pysynyt ennallaan (kuvio 11).



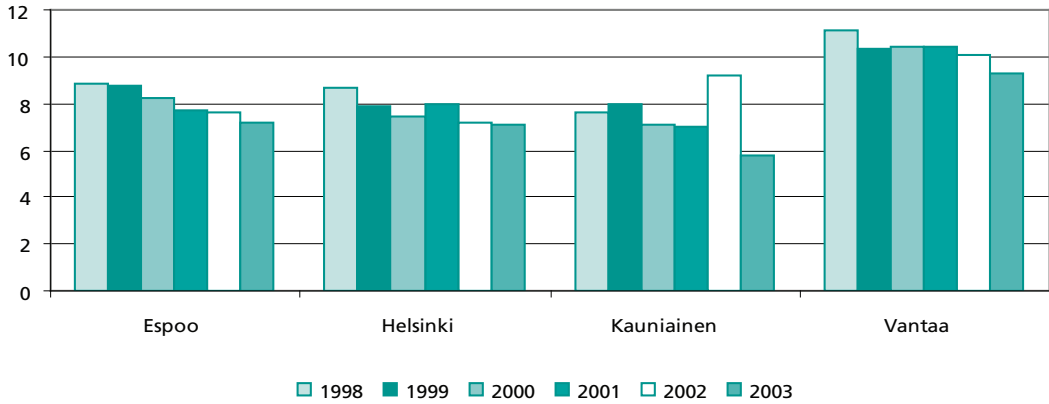
KUVIO 11. Hoitopäivien määrät päivystysepisodeissa kunnittain

Kaikista päivystysepisodeista lisääntyvä osa on siirtynyt jatkohoitoon ja pelkästään erikoissairaanhoidossa hoidettujen päivystysepisodioiden määrä on vähentynyt (kuvio 12, liitetaulukko 30), erityisesti Helsingissä. Helsingiläinen hoitoketju rakentuu siis muita kuntia selvemmin jatkohoidon varaan.

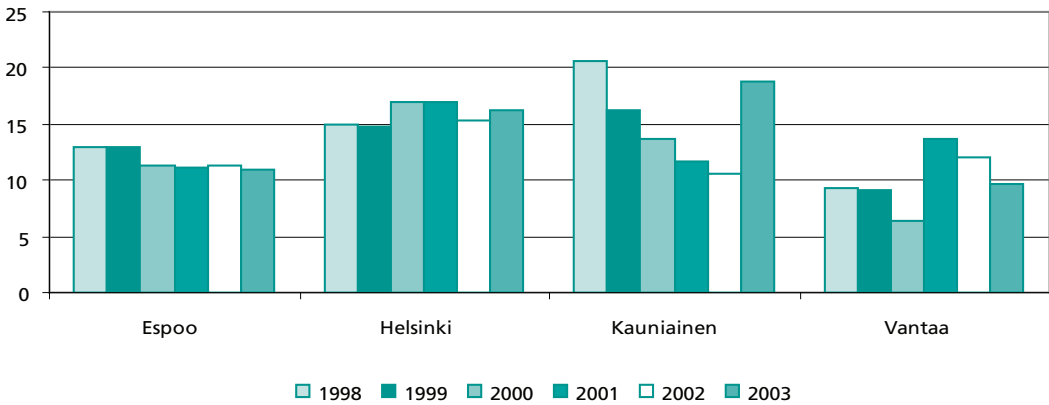


KUVIO 12. Erikoissairaanhoidon päivystysepisodeista jatkohoitoon siirtyneiden osuus pääkaupunkiseudun kunnissa (%)

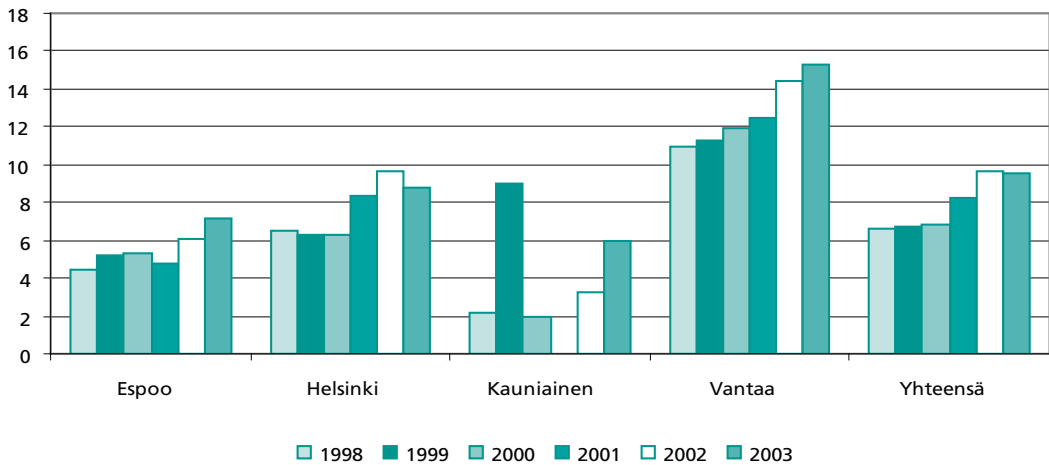
Päivystysepisodiin sisältyvien erikoissairaanhoidon hoitopäivien määrä on laskenut kaikissa kunnissa, mutta Vantaalla näitä hoitopäiviä on selvästi enemmän kuin muualla (kuvio 13). Vantaalla muista kunnista poiketen perusterveydenhuollon hoitopäivien määrä (ensimmäisen hoitovuoden aikana) lisääntyi (vuonna 2001) ja saavutti Espoon tason. Kuitenkin Helsingissä on perusterveydenhuollon hoitopäiviä päivystysepisodeissa yhä selvästi enemmän kuin Vantaalla ja Espoossa (kuvio 14). Vanhainkotihoidon ja palveluasumisen hoitopäivien määrä päivystysepisodeissa (jo ensimmäisen hoitovuoden aikana) on lisääntynyt kaikissa kolmessa suuressa kunnassa. Näitä hoitopäiviä on Vantaalla ollut päivystysepisodeissa selvästi enemmän kuin muualla (kuvio 15).



KUVIO 13. Erikoissairaanhoidon hoitopäivien määrä päivystysepisodeissa kunnittain; ikä- ja sukupuolivakiodut luvut



KUVIO 14. Perusterveydenhuollon hoitopäivien määrä päivystysepisodeissa kunnittain; ikä- ja sukupuolivakiodut luvut



KUVIO 15. Vanhainkotien hoitopäivien määrät päivystysepisodeissa kunnittain; ikä- ja sukupuolivakiodut luvut

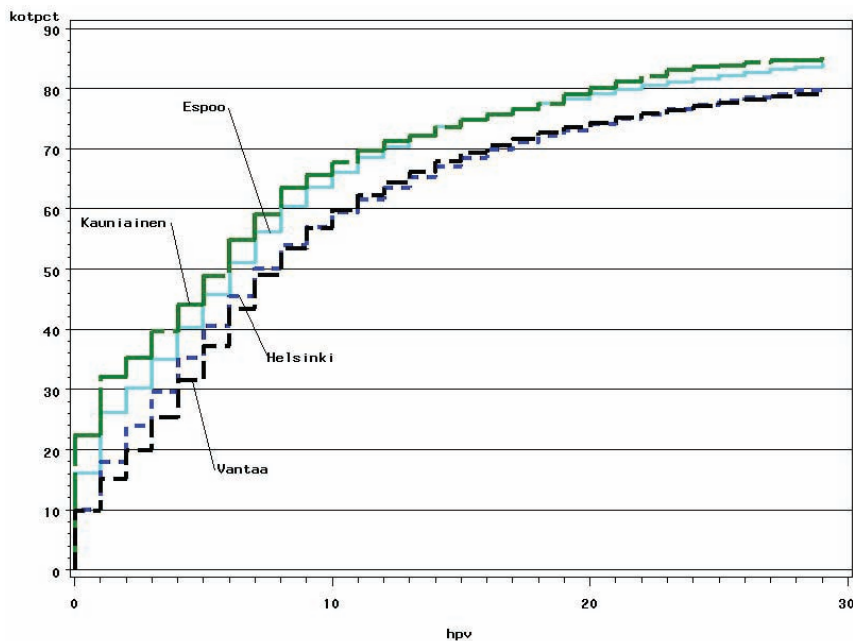
Episodien monipolvisuus ei ole kasvanut kuolemaan johtaneissa episodeissa eikä pelkästään erikoissairaanhoidossa hoidetuissa episodeissa. Ensimmäisen vuoden hoitopäivien määrä ei ole kasvanut kuolemaan johtaneissa episodeissa, pelkästään erikoissairaanhoidossa hoidetuissa episodeissa eikä (tietenkään) pitkäaikaishoitoon johtaneissa episodeissa. Hoitopäivien ja hoitojaksojen lisääntyminen keskittyy episodeihin, jotka päätyvät kotiutumiseen jatkohoidon kautta.

Episodien pituuden jakauma yhdistettynä kotiutumistodennäköisyyteen

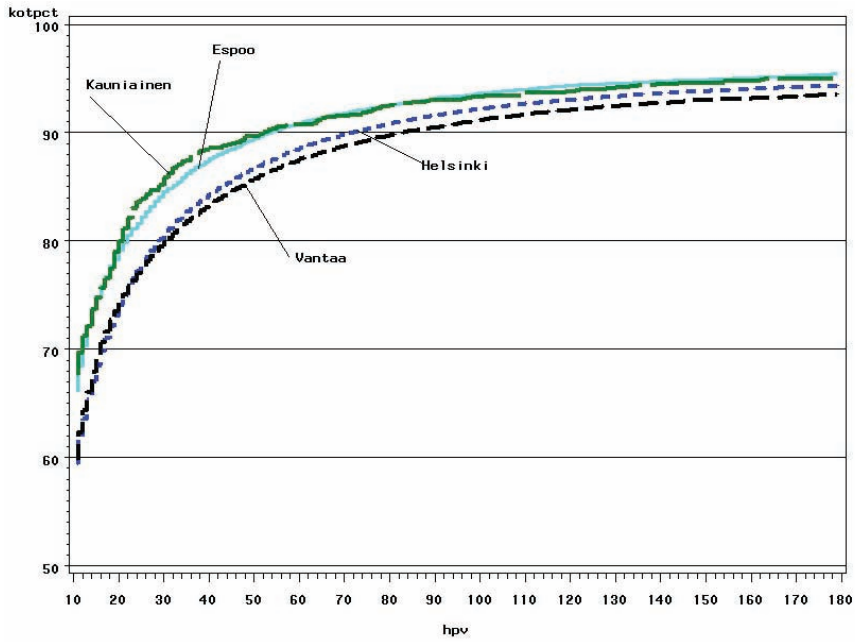
Tässä tarkastelussa jätetään vuosittainen vaihtelu syrjään ja eritellään kotiutumisen prosessia kotikunnan ja episodin prosessin mukaan koko 1998–2003 aineistossa. Kotiutumiskertymää kuvaavat käyrät on ikä- ja sukupuolivakioitu, ja osuus koskee kunakin seurantapäivänä vain siihen saakka elossa selvinneitä (kuolleet on sensuroitu, eli poistettu osuuden nimittäjästä).

Kuvioissa 16 ja 17 tarkastellaan päivystysepisodien päättymistä kotiutumiseen episodin kunkin hoitopäivänä, erikseen alle 30 päivää kestäneissä episodeissa ja 10–180 päivää kestäneissä.

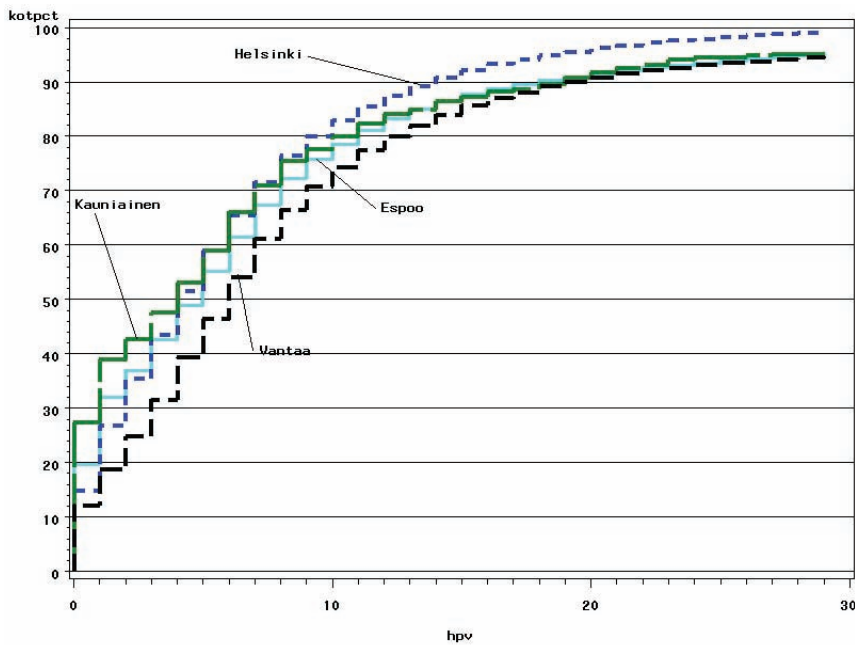
Kuvio 18 kuvaa kotiutumiskertymää ensimmäisten 30 hoitopäivän aikana vain erikoissairaanhoidossa hoidetuissa päivystysepisodeissa. Jatkohoitoa tarvitsevien episodien kotiutumiskertymä hahmottuu kuviossa 19, ja siitä on kuvioissa 20 ja 21 eroteltu episodit, joissa jaksoketju koostuu vain erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon jaksoista ja episodit, joihin sisältyy myös vanhainkotijaksoja tai tehostettua asumispalvelua.



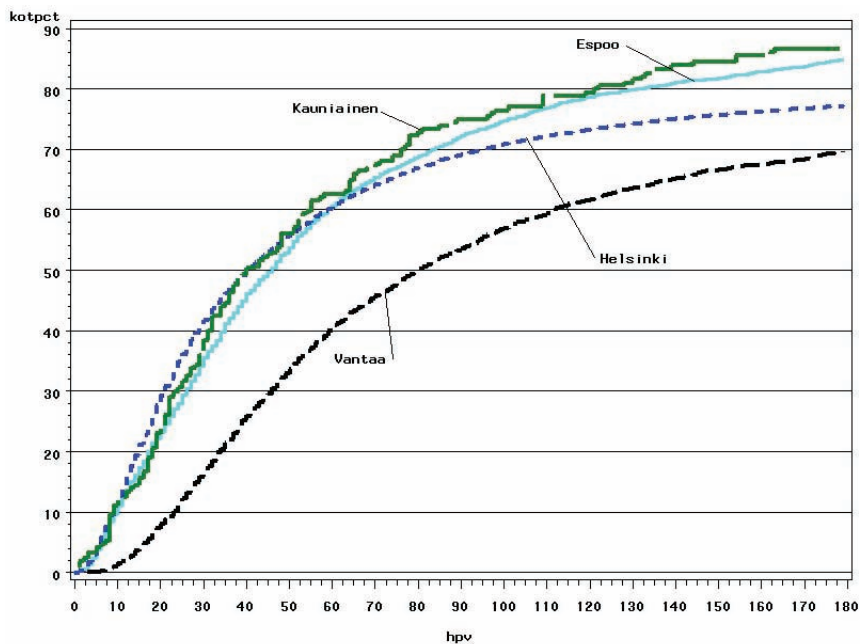
KUVIO 16. Kotiutumiskertymä, hoitopäivät 1–30. Kuolleet sensuroitu, ikä- ja sukupuolivakioitu.



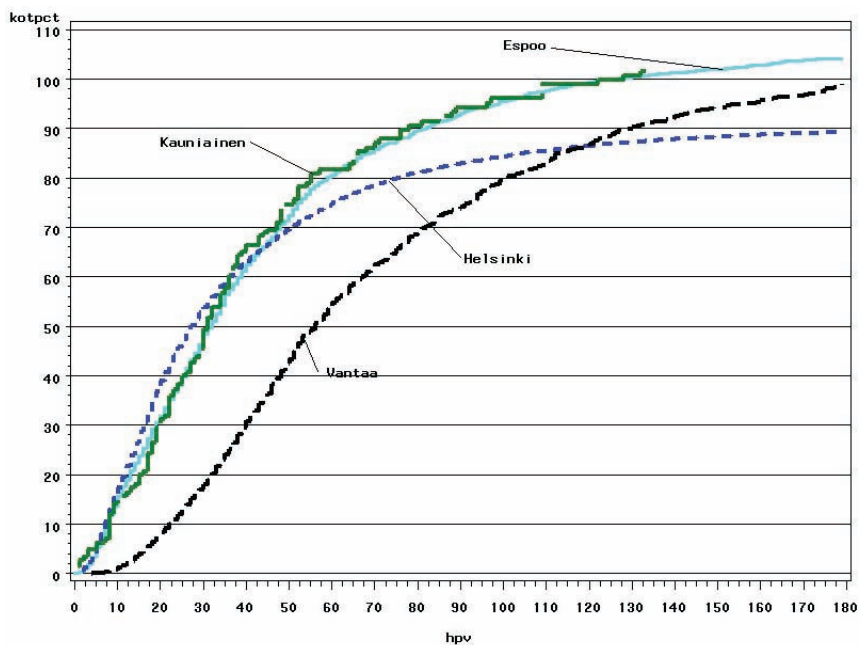
KUVIO 17. Kotiutumiskertymä, hoitopäivät 10–180. Kuolemat sensuroitu, ikä- ja sukupuolivakioitu.



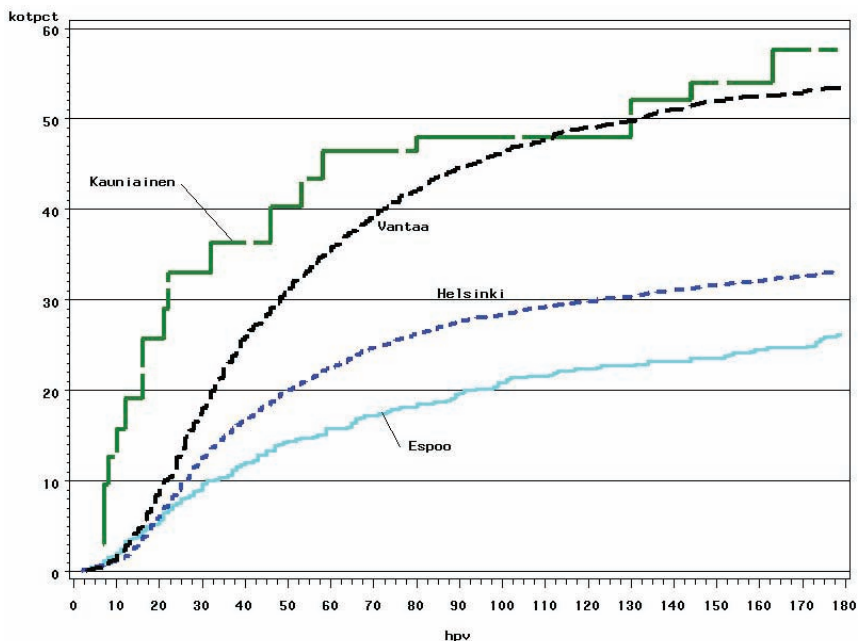
KUVIO 18. Kotiutumiskertymä erikoissairaanhoidosta, hoitopäivät 1–30. Kuolemat sensuroitu, ikä- ja sukupuolivakioitu.



Kuvio 19. Kotiutumiskertymä jatkohoidosta, kokonaishoitopäivät 1–180. Kuolemat sensuroitu, ikä- ja sukupuolivakioitu.



KUVIO 20. Kotiutumiskertymä terveyskeskussairaalasta, kokonaishoitopäivät 1–180. Kuolemat sensuroitu, ikä- ja sukupuolivakioitu.



KUVIO 21. Kotiutumiskertymä episodeista, joissa on myös vanhainkotihoitoa, kokonaishoitopäivät 1–180. Kuolemat sensuroitu, ikä- ja sukupuolivakioitu.

Kaikkien episodien kotiutumisteho on selvästi suurempaa Espoossa ja Kauniaisissa kuin Helsingissä tai varsinkaan Vantaalla. Ero syntyy jo ensimmäisten hoitopäivien aikana eikä tasoitu koko hoitojakson aikana.

Pelkästään erikoissairaanhoidossa hoidettujen episodien osalta kotiutuminen on Vantaalla selvästi hitaampaa kuin Helsingissä tai Espoossa hoitojakson kahden ensimmäisen viikon ajan. Helsingissä pitkittyneiden (yli kymmenen päivää kestäneiden) erikoissairaanhoidoepisodien kotiutumisteho nousee hieman muita kuntia korkeammalle tasolle. On muistettava, että näitä pelkästään erikoissairaanhoidossa hoidettuja episodeja on Helsingissä merkittävästi vähemmän kuin Espoossa tai Vantaalla, ja suurempi osa siirtyy nopeasti jatkohoitoon, joten pitkittyvät erikoissairaanhoidoepisodit ovat muita kuntia ”valikoituneempia”.

Jatkohoidossa kuntien väliset erot korostuvat. Helsingissä jatkohoidon alkuvaiheessa nopeammin kohoava kotiutumiskäyrä liittyy siihen, että suuri osa potilaista, jotka muissa kaupungeissa kotiutettaisiin suoraan erikoissairaanhoidosta, siirtyy Helsingissä nopeasti jatkohoitoon. Sen sijaan hoidon pitkittyessä helsinkiläinen kotiutumisteho laskee lähelle vantaalaista. Vantaalaisessa jatkohoidossa erottuu kotiutumisen hitaus jo ensimmäisten hoitoviikkojen aikana, eikä kotiutumiskäyrä saavuta muiden kaupunkien tasoa.

Episodin sisältämän jaksoketjun mukaan tarkasteltuna näyttävät kaupungit jälleen erottuvan toisistaan. Espoossa vanhainkotihoitot päättyvät kotiutumiseen harvoin, koska vanhainkoti tai tehostettu asumispalvelu mielletään harvoin tarpeelliseksi ketjun osaksi akuutin sairauden yhteydessä. Vantaalla vanhainkotihoitoa sisältäneen episodin kotiutumisteho on huomattavasti suurempi kuin Helsingissä tai Espoossa, eikä juuri eroa vantaalaisesta terveyskeskussairaalan käyrästä.

Päivystysepisodin kotiutumistavoitteen onnistumiseen liittyvät tekijät

Edellä käsitellyt kuvailevat taulukot ja graafiset analyysit antavat viitteitä siitä, että päivystyksestä alkanut erikoissairaanhoidon johtaa menestykselliseen kotiutumiseen hyvin eri tavoin eri potilailla. Yksinkertainen tapa ottaa nämä eri tekijät samanaikaisesti huomioon on ns. logistinen regressiomalli, joka laskee riskisuhteen eri tekijöille olettaen, että vakioidaan muiden tekijöiden vaikutukset ennustettavaan riskitapahtumaan (kotiutuminen ei onnistu, vaan päädytään pitkäaikaishoittoon). Kotiutuminen voi epäonnistua myös niin, että potilas kuolee. On ilmeistä, että erikoissairaanhoidon joutuneilla ikäihmisillä on myös kuolemanvaarassa huomattavia eroja.

Monimuuttuja-analyysi vahvistaa edellä todetut erot (taulukko 5). Iäkkäämmät potilaat ja naispotilaat jäävät herkemmin pitkäaikaishoittoon. Kirurginen päivystysepisodi on pitkäaikaishoidon kannalta vaarallisempi kuin sisätautien, neurologian tai keuhkosairauksien episodi. Näistä riippumatta pitkäaikaishoidon vaara on kasvanut vuosina 1998–2003. Helsingissä ja Vantaalla potilailla on paljon suurempi vaara joutua päivystysepisodinsa johdosta pitkäaikaishoittoon kuin Espoossa ja Kauniaisissa. Tätä havaintoa tulkittaessa on muistettava, että aineistosta puuttuvat ne episodit, jotka eivät ala erikoissairaanhoidosta. Voi olla, että Vantaalla ja Helsingissä suurempi osa pitkäaikaishoidosta alkaa erikoissairaanhoidon päivystysepisodilla kuin Espoossa ja Kauniaisissa. Sen selvittämiseksi aineistoon olisi yhdistettävä myös perusterveydenhuolto- tai vanhainkotijaksolla alkavat hoitajaksetjut.

TAULUKKO 5. Pitkäaikaishoittoon joutumisen suhteellinen riski (odds ratio). Ei episodeja, jotka päättyvät kuolemaan vuoden kuluessa. Logistinen regressioanalyysi.

	OR	95 % luottamusväli	
Ikä			
65–74 v	1,00	(viitetaso)	
75–84 v	2,60	2,37	2,85
85+ v	5,64	5,13	6,20
Sukupuoli			
Mies	1,00	(viitetaso)	
Nainen	1,58	1,47	1,71
Vuosi			
1998	1,00	(viitetaso)	
1999	0,93	0,83	1,04
2000	1,03	0,92	1,15
2001	1,18	1,06	1,32
2002	1,22	1,09	1,36
2003	1,21	1,09	1,35
Kunta			
Helsinki	1,41	1,28	1,55
Espoo	1,00	(viitetaso)	
Vantaa	1,47	1,30	1,66
Kauniainen	1,21	0,84	1,74
Erikoisala			
Sisät, neur, keuhk	1,00	(viitetaso)	
Kir, neurokir	1,44	1,35	1,54
Muut	0,18	0,135	0,241

Kuolemaan päättyvien episodien osuus riippuu myös iästä (iäkkäämmillä todennäköisemmin) ja sukupuolesta (miehet kuolevat todennäköisemmin) (taulukko 6). Nämä tekijät vakioituna nähdään todellakin kuntien välillä huomattava ero kuolemaan johtaneiden episodien osuudessa. Tätäkin tulkittaessa on muistettava, että osa hoitajaksoista alkaa perusterveydenhuollosta tai vanhainkodeista, ja tämä valikoi potilaita eri tavoin eri kunnissa. Päivystykseen tullessaan espoo-lainen voi joutua suoraan terveyskeskussairaalaan käymättä lainkaan erikoissairaanhoidossa. Jos näistä episodeista huomattava osa päättyy kuolemaan, saattavat kuntien väliset erot selittyä tällä päivystystilanteen valikoinnilla.

TAULUKKO 6. Suhteellinen riski (odds ratio) sille, että episodi päättyy kuolemaan (vuoden kuluessa). Logistinen regressioanalyysi.

	OR	95 % luottamusväli	
Ikä			
65–74 v	1,00	(viitetaso)	
75–84 v	1,70	1,62	1,78
85+ v	3,24	3,08	3,40
Sukupuoli			
Mies	1,00	(viitetaso)	
Nainen	0,73	0,70	0,76
Kunta			
Helsinki	1,29	1,22	1,36
Espoo	1,00	(viitetaso)	
Vantaa	1,45	1,35	1,55
Kauniainen	0,93	0,75	1,15
Erikoisala			
Sisät, neur, keuhk	1,00	(viitetaso)	
Kir, neurokir	1,04	0,99	1,08
Muut	0,55	0,50	0,61

JOHTOPÄÄTÖKSET

- Tässä tutkimuksessa käytetty episodin käsite on hedelmällinen tapa tarkastella ikääntyneen väestön terveystaloutta. Se tuo olennaista tietoa aiemmin käytettyjen hoitajaksokohtaisen tarkastelun ja alueellisen tai väestöryhmittäisen summatason tarkastelun lisäksi.
- Ikääntyneen väestön erikoissairaanhoidon käyttö on tutkimuksen seuranta-aikana vähentynyt pääkaupunkiseudun kunnissa.
- Päivystyksellisten episodien toistuvuus (episodeja potilasta kohti) on ikäihmisillä huomattava, ja ilmiössä on suurta vaihtelua pääkaupunkiseudun kuntien kesken. Toistuvuudessa ei ole seurantajaksolla tapahtunut merkittäviä johdonmukaisia muutoksia. Noin 30–35 prosenttia päivystysepisodeista päättyi kotiutumiseen ilman uutta sairaalajaksoa vuoden kuluessa (puhdas kotiutuminen).
- Ikäihmisten päivystysepisodeista vähenevä osa johtaa kuolemaan, ja lisääntyvä osa johtaa pitkäaikaiseen hoitoon. Kotiutumiseen päättyvien episodien osuudessa ei ole tapahtunut johdonmukaista muutosta, sen sijaan hieman lisääntyvä osa kotiutumisista tapahtuu jatkohoidon kautta.
- Päivystysepisodien monipolvisuus on seurantajaksolla lisääntynyt erityisesti Helsingissä ja Vantaalla.
- Erikoissairaanhoidon hoitopäivät päivystysepisodeissa ovat johdonmukaisesti vähentyneet. Vähentyminen koskee niin erikoissairaanhoidosta kotiutuneita kuin jatkohoitaa tarvinneita. Kuntien välisessä vertailussa vantaalaiset episodit erottuvat muista pitemmän (mutta myös johdonmukaisesti vähenevän) erikoissairaanhoidon osuutensa puolesta.
- Ensimmäisen hoitovuoden kokonaishoitopäivät episodien kohden ovat lisääntyneet enemmän kuin erikoissairaanhoidon hoitopäivät ovat vähentyneet. Tämä on korostunut Helsingissä ja Vantaalla.
- Kuntien väliset erot ikäihmisten päivystyksellisten hoitopäivien kotiutumistehossa syntyvät heti ensimmäisinä hoitopäivinä ja säilyvät johdonmukaisina koko hoitopäivien ajan. Espoossa ja Kauniaisissa kotiutuminen on nopeinta, Vantaalla hitainta.
- Helsingissä hoitoprosessissa erottuu nopea, muita kuntia laajempi ja lisääntyvä hoitovastuun siirtäminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.
- Vantaalaisessa hoitoprosessissa erottuu muita kuntia suurempi vanhainkotihoidon osuus päivystysepisodien hoitajaksoketjussa.
- Pitkäaikaishoitoon päätyneiden episodien osuus, monimuuttujamallilla arvioituna, on vanhoilla suurempi kuin nuorilla ja naisilla suurempi kuin miehillä. Operatiivisilla aloilla pitkäaikaishoitoon päätyneiden osuus on suurempi kuin konservatiivisilla aloilla. Pitkäaikaishoitoon on seurantajaksolla päätynyt lisääntyvä osa ikäihmisten päivystysepisodeista, ja osuus on Helsingissä ja Vantaalla suurempi kuin Espoossa.
- Kuolemaan päätyneiden episodien osuus, monimuuttujamallilla arvioituna, ei ole muuttunut seurantajaksolla, mutta muutoin tämä päätepiiste on yleisempi samoissa ryhmissä kuin pitkäaikaishoitokin.
- Tuloksia tulkittaessa otettava huomioon kaupunkien hyvinkin erilaiset tavat järjestää ikäihmisten terveydenhuolto.

Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että erikoissairaanhoidon organisaatio on tutkimusajankohdasta siirtänyt ikääntyneen väestön hoitovastuuta johdonmukaisesti pois itseltään vähentämällä elektiivisiä hoitopäiviä ja lyhentämällä päivystyksellisten episodien erikoissairaanhoidon osuuden kestoa. Tämä muutos ei ole johtanut koko hoitopäivien kotiuttamistehon kasvuun. Onnistuneeseen kotiuttamiseen tarvittavien hoitopäivien määrä on kasvanut ja pitkäaikaishoitoon päättymisen vaara lisääntynyt. Pääkaupunkiseudun kuntien välillä on suuria eroja ikäihmisten erikoissairaanhoidosta alkaneiden hoitajaksoketjujen kuluissa ja lopputuloksessa.

Liitetaulukot

LIITETAULUKKO 1. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa vuoden aikana olleet yli 65-vuotiaat (%) väestöstä pääkaupunkiseudun kunnissa

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	22,4	23,0	22,6	21,0	21,2	20,4
Helsinki	23,7	23,6	19,9	19,3	19,5	18,4
Kauniainen	18,8	20,0	21,5	20,9	20,3	18,3
Vantaa	23,1	23,0	22,4	21,9	21,1	21,0
Yhteensä	23,4	23,4	20,7	19,9	20,0	19,1

LIITETAULUKKO 2. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa vuoden aikana olleet yli 65-vuotiaat miehet (%) väestöstä pääkaupunkiseudun kunnissa ikäryhmittäin

	Ikäryhmä	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	65–74	19,6	19,3	18,9	18,2	17,5	16,8
Espoo	75–84	31,1	32,5	32,8	30,4	29,9	31,1
Espoo	85+	33,1	37,6	39,9	36,6	40,1	39,0
Helsinki	65–74	20,6	20,4	17,8	16,7	17,1	15,9
Helsinki	75–84	32,5	32,8	27,3	25,5	25,7	24,1
Helsinki	85+	40,4	37,4	34,1	32,7	33,5	31,7
Kauniainen	65–74	16,2	18,5	18,3	21,2	20,1	19,1
Kauniainen	75–84	29,4	23,3	30,6	32,1	26,7	21,8
Kauniainen	85+	20,0	40,9	47,4	38,1	29,6	28,0
Vantaa	65–74	19,1	17,7	18,5	17,8	16,5	17,1
Vantaa	75–84	33,0	30,0	30,4	31,2	30,9	28,5
Vantaa	85+	33,6	45,9	41,0	33,9	36,0	41,9

LIITETAULUKKO 3. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa vuoden aikana olleet yli 65-vuotiaat naiset (%) väestöstä pääkaupunkiseudun kunnissa ikäryhmittäin

	Ikäryhmä	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	65–74	16,7	17,0	16,3	15,4	15,2	14,8
Espoo	75–84	25,1	26,1	26,4	23,9	24,7	23,0
Espoo	85+	28,1	29,7	28,2	24,0	27,7	23,5
Helsinki	65–74	17,2	17,2	14,5	14,1	14,6	13,4
Helsinki	75–84	27,0	27,1	22,4	22,1	22,1	20,8
Helsinki	85+	30,9	31,1	25,3	25,4	25,2	25,6
Kauniainen	65–74	13,3	18,9	13,2	13,9	14,4	10,3
Kauniainen	75–84	22,6	20,6	24,5	20,7	23,1	24,8
Kauniainen	85+	20,3	12,9	34,8	23,3	23,7	21,4
Vantaa	65–74	15,6	16,7	15,5	14,4	14,8	13,8
Vantaa	75–84	28,5	29,1	26,6	27,2	26,3	26,0
Vantaa	85+	36,1	32,4	35,5	36,6	30,0	34,0

LIITETAULUKKO 4. Kaikki erikoissairaanhoidon episodit henkeä kohti pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	0,340	0,330	0,325	0,316	0,294	0,280
Helsinki	0,272	0,270	0,261	0,259	0,255	0,256
Kauniainen	0,367	0,325	0,306	0,314	0,316	0,284
Vantaa	0,340	0,322	0,314	0,299	0,280	0,270
Yhteensä	0,293	0,287	0,279	0,275	0,266	0,262

LIITETAULUKKO 5. Konservatiivisten erikoisalojen episodit henkeä kohti pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	0,106	0,103	0,100	0,105	0,091	0,087
Helsinki	0,070	0,069	0,062	0,059	0,058	0,060
Kauniainen	0,091	0,078	0,072	0,074	0,078	0,078
Vantaa	0,110	0,099	0,101	0,095	0,086	0,086
Yhteensä	0,081	0,079	0,073	0,071	0,067	0,069

LIITETAULUKKO 6. Operatiivisen erikoisalojen episodit henkeä kohti pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	0,052	0,050	0,051	0,044	0,043	0,041
Helsinki	0,046	0,046	0,048	0,047	0,047	0,045
Kauniainen	0,063	0,058	0,055	0,051	0,054	0,046
Vantaa	0,050	0,049	0,046	0,045	0,045	0,042
Yhteensä	0,047	0,047	0,048	0,046	0,046	0,044

LIITETAULUKKO 7. Muiden erikoisalojen episodit henkeä kohti pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	0,004	0,003	0,003	0,003	0,004	0,004
Helsinki	0,005	0,005	0,005	0,006	0,006	0,005
Kauniainen	0,007	0,006	0,006	0,008	0,007	0,004
Vantaa	0,003	0,004	0,003	0,003	0,003	0,002
Yhteensä	0,004	0,004	0,005	0,005	0,005	0,005

LIITETAULUKKO 8. Kaikki päivystysepisodit henkeä kohti pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	0,198	0,190	0,194	0,186	0,178	0,172
Helsinki	0,160	0,159	0,157	0,157	0,155	0,158
Kauniainen	0,180	0,173	0,187	0,178	0,184	0,172
Vantaa	0,212	0,199	0,199	0,194	0,183	0,179
Yhteensä	0,173	0,170	0,169	0,167	0,163	0,164

LIITETAULUKKO 9. Konservatiivisten erikoisalojen päivystysepisodit henkeä kohti pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	0,101	0,098	0,097	0,095	0,088	0,083
Helsinki	0,069	0,069	0,063	0,060	0,059	0,061
Kauniainen	0,080	0,080	0,074	0,072	0,079	0,080
Vantaa	0,118	0,108	0,107	0,101	0,094	0,093
Yhteensä	0,080	0,079	0,074	0,071	0,069	0,069

LIITETAULUKKO 10. Operatiivisten erikoisalojen päivystysepisodit henkeä kohti pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	0,014	0,013	0,014	0,012	0,012	0,012
Helsinki	0,015	0,014	0,015	0,016	0,015	0,015
Kauniainen	0,014	0,013	0,015	0,014	0,013	0,012
Vantaa	0,012	0,012	0,012	0,013	0,012	0,012
Yhteensä	0,014	0,014	0,015	0,015	0,014	0,014

LIITETAULUKKO 11. Muiden erikoisalojen päivystysepisodit henkeä kohti pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	0,000	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Helsinki	0,001	0,001	0,001	0,001	0,002	0,002
Kauniainen	0,001	0,001	0,003	0,002	0,002	0,001
Vantaa	0,000	0,000	0,001	0,001	0,001	0,001
Yhteensä	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001

LIITETAULUKKO 12. Kaikki päivystysepisodit potilasta kohti pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuoli-
vakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	2,380	2,107	2,198	2,219	2,368	2,481
Helsinki	1,240	1,263	1,551	1,583	1,572	1,707
Kauniainen	3,602	3,133	2,940	2,985	4,387	4,399
Vantaa	2,265	2,189	2,161	2,188	2,107	2,096
Yhteensä	1,533	1,519	1,769	1,804	1,817	1,926

LIITETAULUKKO 13. Konservatiivisten erikoisalojen päivystysepisodit potilasta kohti pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuoli-
vakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	2,449	2,282	2,439	2,311	2,486	2,501
Helsinki	1,018	1,151	1,445	1,540	1,467	1,434
Kauniainen	2,833	3,049	2,880	3,473	4,147	4,356
Vantaa	2,314	2,441	2,344	2,474	2,351	2,246
Yhteensä	1,379	1,500	1,779	1,860	1,817	1,785

LIITETAULUKKO 14. Operatiivisten erikoisalojen päivystysepisodit potilasta kohti pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuoli-
vakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	1,371	1,704	1,757	1,701	1,873	1,952
Helsinki	1,038	1,528	1,698	1,586	1,649	1,780
Kauniainen	1,938	1,849	1,455	1,648	1,417	1,616
Vantaa	1,697	2,172	1,892	1,812	1,740	1,849
Yhteensä	1,152	1,628	1,733	1,636	1,696	1,818

LIITETAULUKKO 15. Muiden erikoisalojen päivystysepisodit potilasta kohti pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuoli-
vakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	3,559	4,634	4,238	5,652	4,858	4,888
Helsinki	2,440	2,966	3,201	3,063	2,813	3,668
Kauniainen	10,379	7,309	5,674	4,043	14,861	12,315
Vantaa	3,29	3,665	4,260	3,351	3,198	4,173
Yhteensä	2,765	3,324	3,545	3,446	3,248	4,000

LIITETAULUKKO 16. Kuolemaan päätyneiden episodien osuus (%) kaikista päivystysepisodeista pääkaupunkiseudun kunnissa

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	9,4	9,7	9,2	8,7	9,1	9,3
Helsinki	12,5	11,9	12,4	12,6	12,1	12,4
Kauniainen	11,5	6,0	11,3	9,2	8,8	3,8
Vantaa	13,7	13,2	12,3	13,2	12,4	11,8
Yhteensä	12,2	11,6	11,8	11,9	11,5	11,6

LIITETAULUKKO 17. Ainoastaan erikoissairaanhoidossa tapahtuneiden episodien osuus (%) kuolemaan päätyneistä päivystysepisodeista pääkaupunkiseudun kunnissa

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	5,1	5,3	4,8	5,0	4,2	5,0
Helsinki	5,5	5,1	5,0	4,7	4,1	3,8
Kauniainen	6,1	1,3	5,4	5,3	3,4	1,4
Vantaa	7,3	6,1	7,3	6,7	5,8	6,1
Yhteensä	5,7	5,2	5,4	5,1	4,4	4,4

LIITETAULUKKO 18. Kotiutukseen päätyneiden episodien osuus (%) kaikista päivystysepisodeista pääkaupunkiseudun kunnissa

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	88,4	87,8	88,9	89,3	88,7	88,2
Helsinki	84,1	84,9	84,1	83,6	84,1	83,9
Kauniainen	85,8	90,7	86,0	88,9	90,2	92,4
Vantaa	83,9	85,0	85,2	82,9	83,4	84,5
Yhteensä	84,7	85,4	85,2	84,6	84,9	84,9

LIITETAULUKKO 19. Ainoastaan erikoissairaanhoidossa tapahtuneiden episodien osuus (%) kotiutukseen päätyneistä päivystysepisodeista pääkaupunkiseudun kunnissa

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	75,5	78,0	77,5	77,8	76,4	76,0
Helsinki	66,5	63,7	61,2	61,5	61,5	59,0
Kauniainen	74,3	78,8	74,7	79,2	80,0	82,5
Vantaa	72,9	72,4	75,7	74,0	74,3	75,3
Yhteensä	68,6	67,1	66,6	66,7	66,5	65,0

LIITETAULUKKO 20. Pitkäaikaishoitoon päätyneiden episodien osuus (%) kaikista päivystysepisodeista pääkaupunkiseudun kunnissa

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	2,2	2,5	1,9	2,0	2,2	2,4
Helsinki	3,5	3,2	3,5	3,8	3,8	3,7
Kauniainen	2,7	3,3	2,7	1,9	1,0	3,8
Vantaa	2,3	1,8	2,5	3,9	4,3	3,7
Yhteensä	3,1	2,9	3,0	3,5	3,5	3,5

LIITETAULUKKO 21. Puhtaaseen kotiutukseen päätyneiden episodien osuus (%) kaikista päivystysepisodeista pääkaupunkiseudun kunnissa

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	33,3	35,0	31,9	32,3	32,1	32,8
Helsinki	31,4	32,4	33,0	31,8	34,0	30,9
Kauniainen	33,8	36,4	33,0	33,8	30,2	36,5
Vantaa	31,1	33,9	31,0	31,3	31,6	29,0
Yhteensä	31,6	33,0	32,5	31,8	33,3	31,0

LIITETAULUKKO 22. Hoitajaksoja episodiat kohti kaikissa päivystysepisodeissa pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	1,66	1,62	1,64	1,60	1,65	1,64
Helsinki	1,74	1,79	1,89	1,89	1,91	1,90
Kauniainen	1,65	1,67	1,64	1,52	1,54	1,50
Vantaa	1,70	1,74	1,65	1,82	1,82	1,78

LIITETAULUKKO 23. Hoitajaksoja episodiat kohti erikoissairaanhoidon päätyneissä päivystysepisodeissa pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	1,29	1,28	1,31	1,30	1,32	1,31
Helsinki	1,30	1,30	1,33	1,33	1,31	1,31
Kauniainen	1,35	1,30	1,40	1,27	1,30	1,22
Vantaa	1,37	1,37	1,36	1,42	1,38	1,39

LIITETAULUKKO 24. Hoitajaksoja episodiat kohti perusterveydenhuollon sairaalahoitoa sisältävissä päivystysepisodeissa pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	1,58	1,67	1,53	1,37	1,33	1,32
Helsinki	1,49	1,48	1,55	1,52	1,59	1,46
Kauniainen	1,19	1,32	1,10	1,39	1,13	1,23
Vantaa	1,26	1,31	1,40	1,45	1,57	1,46

LIITETAULUKKO 25. Hoitojaksoja episodina kohti vanhainkotien hoitojaksoja sisältävissä päivystysepisodeissa pääkaupunkiseudun kunnissa, ikä- ja sukupuolivakioituneet luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	1,65	1,60	1,57	1,56	1,62	1,54
Helsinki	1,43	1,50	1,40	1,47	1,52	1,48
Kauniainen	1,36	1,24	1,34	1,04	1,02	1,42
Vantaa	1,35	1,34	1,26	1,82	1,84	1,62

LIITETAULUKKO 26. Hoitojaksoja päivystysepisodia kohti kuolemaan päättyneissä päivystysepisodeissa pääkaupunkiseudun kunnissa

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	2,61	2,61	2,46	2,41	2,49	2,27
Helsinki	2,71	2,80	2,85	2,87	2,80	2,71
Kauniainen	2,46	3,35	1,89	2,26	2,80	3,52
Vantaa	2,38	2,58	2,39	2,58	2,74	2,67
Yhteensä	2,66	2,75	2,71	2,75	2,74	2,64

LIITETAULUKKO 27. Hoitojaksoja päivystysepisodia kohti kotiutukseen päättyneissä päivystysepisodeissa pääkaupunkiseudun kunnissa

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	1,64	1,59	1,64	1,60	1,65	1,66
Helsinki	1,70	1,75	1,86	1,86	1,91	1,92
Kauniainen	1,61	1,61	1,71	1,50	1,50	1,48
Vantaa	1,67	1,70	1,63	1,79	1,78	1,75
Yhteensä	1,69	1,72	1,78	1,79	1,84	1,84

LIITETAULUKKO 28. Hoitojaksoja päivystysepisodia kohti vanhainkotiin päättyneissä päivystysepisodeissa pääkaupunkiseudun kunnissa

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	4,36	4,44	3,86	4,43	4,24	4,01
Helsinki	4,48	4,62	4,77	4,98	4,95	4,55
Kauniainen	2,20	3,62	2,36	3,93	3,62	2,51
Vantaa	4,38	4,13	3,60	4,58	4,69	4,32
Yhteensä	4,44	4,55	4,49	4,84	4,82	4,42

LIITETAULUKKO 29. Hoitajaksoja päivystysepisodia kohti puhtaaseen kotiutukseen päätyneissä päivystysepisodeissa

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	1,446	1,393	1,402	1,381	1,396	1,326
Helsinki	1,480	1,532	1,635	1,633	1,675	1,466
Kauniainen	1,448	1,357	1,282	1,370	1,440	1,305
Vantaa	1,532	1,474	1,434	1,581	1,553	1,402
Yhteensä	1,480	1,501	1,560	1,574	1,606	1,428

LIITETAULUKKO 30. Erikoissairaanhoidon päivystysepisodeista jatkohoitoon siirtyneiden osuus pääkaupunkiseudun kunnissa (%)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	20,8	18,0	18,8	18,5	20,9	20,6
Helsinki	26,9	29,9	32,5	32,7	33,1	35,6
Kauniainen	21,5	22,3	20,3	17,1	18,3	18,1
Vantaa	21,0	22,8	18,1	20,7	21,2	19,8
Yhteensä	25,4	27,4	27,9	28,3	29,1	30,5

LIITETAULUKKO 31. Hoitopäivien määrä päivystysepisodia kohti pääkaupunkiseudun kunnissa. Ikä- ja sukupuolivakiodut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	26,6	27,4	25,0	23,9	25,1	25,4
Helsinki	29,8	28,9	30,6	33,2	32,2	32,1
Kauniainen	31,0	33,2	23,0	19,7	23,7	30,7
Vantaa	31,7	30,8	28,8	36,6	36,4	34,1
Yhteensä	29,6	28,9	29,3	31,9	31,5	31,3

LIITETAULUKKO 32. Erikoissairaanhoidonhoitopäivien määrä päivystysepisodia kohti. Ikä- ja sukupuolivakiodut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	8,8	8,8	8,2	7,7	7,6	7,2
Helsinki	8,6	7,9	7,5	7,9	7,2	7,1
Kauniainen	7,6	8,0	7,1	7,0	9,2	5,8
Vantaa	11,2	10,3	10,4	10,4	10,1	9,2
Yhteensä	8,9	8,3	8,0	8,3	7,7	7,4

LIITETAULUKKO 33. Perusterveydenhuollon hoitopäivien määrä päivystysepisodia kohti pääkaupunkiseudun kunnissa. Ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	12,9	13,0	11,2	11,1	11,2	11,0
Helsinki	14,9	14,8	16,9	17,0	15,4	16,2
Kauniainen	20,6	16,2	13,7	11,7	10,6	18,8
Vantaa	9,4	9,1	6,4	13,7	12,0	9,7
Yhteensä	14,1	14,0	14,4	15,4	14,1	14,4

LIITETAULUKKO 34. Vanhainkotien hoitopäivien määrä päivystysepisodia kohti pääkaupunkiseudun kunnissa. Ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	4,5	5,2	5,3	4,7	6,1	7,1
Helsinki	6,5	6,3	6,3	8,3	9,6	8,8
Kauniainen	2,2	9,0	1,9	0,0	3,2	6,0
Vantaa	11,0	11,2	11,9	12,5	14,4	15,3
Yhteensä	6,7	6,7	6,8	8,2	9,7	9,5

LIITETAULUKKO 35. Hoitopäivien määrä kuolemaan päättyneissä päivystysepisodissa kohti pääkaupunkiseudun kunnissa. Ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	54,5	49,1	50,3	44,8	48,9	37,2
Helsinki	49,5	49,9	48,0	54,0	50,3	48,6
Kauniainen	73,2	108,0	25,9	19,5	80,0	71,6
Vantaa	47,1	51,4	41,0	53,1	55,4	52,9
Yhteensä	49,9	50,2	47,0	52,3	51,2	47,8

Liitetaulukko 36. Hoitopäivien määrä kotiutukseen päättyneissä päivystysepisodissa pääkaupunkiseudun kunnissa. Ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	13,8	13,7	13,8	12,7	12,9	13,1
Helsinki	14,2	14,5	15,3	16,1	15,8	16,3
Kauniainen	12,4	13,0	11,2	10,4	12,7	12,1
Vantaa	18,4	19,3	15,9	16,5	15,0	15,1
Yhteensä	14,6	14,9	15,0	15,5	15,1	15,5

LIITETAULUKKO 37. Hoitopäivien määrä puhtaaseen kotiutukseen päättyneissä päivystysepisodissa pääkaupunkiseudun kunnissa. Ikä- ja sukupuolivakioidut luvut

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Espoo	13,8	12,0	12,2	11,3	11,5	10,3
Helsinki	12,5	12,8	13,9	14,8	14,2	11,8
Kauniainen	13,6	7,5	7,4	8,7	15,1	14,2
Vantaa	17,4	15,1	14,3	17,4	12,9	12,1
Yhteensä	13,2	12,9	13,6	14,4	13,6	11,6

TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2006

Lauri Vuorenkoski, Mauno Konttinen, Minna Sinkkonen (toim.): Signaaleja. Stakesin tulevaisuusraportti 2007

Työpapereita 30/2006 Tilausnro T30/2006

Esa Eriksson, Tom Erik Arnkil, Marie Rautava: Ennakointiallogeja huolten vyöhykkeillä. Verkostokonsultin käsikirja – ohjeita verkostomaiseen työskentelyyn

Työpapereita 29/2006 Tilausnro T29/2006

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO: Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto

Työpapereita 28/2006 Tilausnro T28/2006

Tuomas Tenkanen: Ennakointiallogien käyttö päihdestrategiatyössä

Työpapereita 27/2006 Tilausnro T27/2006

Eija Hiltunen (toim.): Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2006. Yksilö vai rakenteet. Kuopio 5.–6.10.2006 Tutkimuspaperit

Työpapereita 26/2006 Tilausnro T26/2006

Pauliina Luopa, Minna Pietikäinen, Jukka Jokela: Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996–2005. Kouluterveyskysely 2005

Työpapereita 25/2006 Tilausnro T25/2006

Mauno Konttinen, Milla Roos (red.): Annus Socialis och Medicus Fenniae 2006. Nordiskt social- och hälsodirektörsmöte. Grønland 22.–24. augusti 2006

Työpapereita 24/2006 Tilausnro T24/2006

Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta

Työpapereita 23/2006 Tilausnro T23/2006

Tuula Hurnasti: Apuvälinepalveluja ohjaavien käsitteiden tulkintaa. Kuntoutustyöntekijöiden erilaiset näkemykset "lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline" ja "päivittäiset toiminnot" -käsitteistä

Työpapereita 22/2006 Tilausnro T22/2006

Päivi Topo (toim.): Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Seminaari 26.1.2006

Työpapereita 21/2006 Tilausnro T21/2006

Antti Parpo (toim.): SOMA 2003. Sosiaaliturvan ja verotuksen mikrosimulointimalli

Työpapereita 20/2006 Tilausnro T20/2006

Timo Itälä: Hoidon saatavuuden seuranta. Hoidon saatavuuden seurannan määrittys- jätoteutushankkeen loppuraportti.

Työpapereita 19/2006 Tilausnumero T19/2006

Kristiina Häyrinen (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Tutkimuspaperit 2006

Työpapereita 18/2006 Tilausnro T18/2006

Matti Rimpelä, Anne-Marie Rigoff, Kirsi Wiss, Tuovi Hakulinen-Viitanen: Seulontatutkimukset 3–7-vuotiaiden lasten terveystarkastuksissa. Kyselytutkimus terveystarkastuksille huhti-toukokuussa 2006

Työpapereita 17/2006 Tilausnro T17/2006