

Hanna Rättö
Pia Maria Jonsson
Unto Häkkinen
Pirjo Häkkinen

Somaattinen erikoissairaanhoido Pohjoismaissa Vertailututkimus

RAPORTTI

RAPORTTI 51/2012

Hanna Rättö, Pia Maria Jonsson, Unto Häkkinen, Pirjo Häkkinen

Somaattinen erikoissairaanhoito Pohjoismaissa

Vertailututkimus



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittaja ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-245-702-8 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-703-5 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

URN:ISBN:978-952-245-703-5

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-703-5>

Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy
Tampere, 2012



Tiivistelmä

Hanna Rättö, Pia Maria Jonsson, Unto Häkkinen, Pirjo Häkkinen. Somaattinen erikoissairaanhoito Pohjoismaissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 51/2012. 38 sivua. Helsinki 2012. ISSN 1798-0070 (painettu); ISSN 1798-0070 (pdf)

Somaattisen erikoissairaanhoidon tehokkuutta käsittelevissä tutkimuksissa on käynyt ilmi, että erikoissairaanhoidon palvelut on suomalaisissa sairaaloissa pystytty jo pitkään tuottamaan edullisemmin kuin muissa Pohjoismaissa. Tässä tutkimuksessa keskitytään selvittämään syitä suomalaisten sairaaloiden hyvään menestykseen tuottavuusvertailuissa.

Tutkimus koostui kolmesta osasta: sairaaloiden omistajille suunnatusta lomakekyselystä, jolla kerättiin tietoja erikoissairaanhoidon toimintojen sijoittumisesta ja ohjaamisesta, tapaustutkimuksena suoritettavista avainhenkilöiden haastatteluista muutamissa sairaaloissa sekä tuottavuustietojen tilastollisesta analyysistä. Tietoja täydennettiin mahdollisuuksien mukaan olemassa olevien tilasto- ja rekisteritietojen avulla.

Norjassa ja Tanskassa sairaaloiden rahoitus on keskitetty kansalliselle tasolle ja sairaaloiden hallinnollinen ohjaaminen välitason toimijoille eli alueille. Suomessa ja Ruotsissa taas sairaaloiden omistaminen ja rahoitus on hajautettu. Ruotsissa sairaalat omistavilla maakäräjillä on verotusoikeus ja ne rahoittavat sairaaloiden toiminnan pääosin verotuloillaan. Suomessa sairaanhoitopiirit ovat kuntien omistamia kuntayhtymiä, joiden rahoitus on peräsin pääosin kunnilta. Suomen erikoissairaanhoidon rahoitusjärjestelmä on Pohjoismaiden hajautetuin.

Sairaaloiden ohjaamista ja hallintoa kartoittavassa kyselyssä ei tullut esiin suuria eroja Pohjoismaiden välillä. Kaikissa neljässä tarkastellussa maassa omistajat käyttivät sairaaloiden ohjaamiseen samanlaisia välineitä: erilaiset ohjausdokumentit, raportointi sekä yhteistyötapaamiset mainittiin kaikissa maissa. Sairaaloiden ohjaus vaikutti olevan tiukinta Norjassa, jossa sairaalat velvoitettiin raportoimaan toiminnastaan laajasti säännöllisin väliajoin.

Sairaaloiden sijainnista ja toiminnoista kerätyistä tiedoista käy ilmi, että Norjan akuuttisairaalaverkosto on Pohjoismaiden hajautetuin. Tästä huolimatta ajalliset etäisyydet akuuttisairaaloihin ovat Norjassa Pohjoismaista suurimmat.

Avainhenkilöhaastatteluissa kävi ilmi, että Suomessa perusterveydenhuolto voi tukea erikoissairaanhoitoa muita mukana olleita maita paremmin. Suomessa potilaat, jotka eivät enää tarvitse erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa, voivat usein käyttää terveyskeskusten vuodeosastoja. Vastaavaa erikoissairaanhoidon resursseja säästävää järjestelyä ei muissa Pohjoismaissa ole.

Eri erikoisalojen välisen yhteistyön katsottiin suomalaisissa sairaaloissa toimivan hyvin. Muissa maissa nousi usein esiin sairaalan sisäisten hoitoketjujen toimivuutta haittaavia tekijöitä kuten pullonkauloja erikoisalojen välillä. Toisaalta henkilöstön mitoitus ja henkilöstömäärät olivat Suomessa haastatelluissa sairaaloissa selvästi niukemmat kuin muissa Pohjoismaissa haastatelluissa sairaaloissa.

Tutkimuksen tilastollisen analyysin tulosten mukaan Pohjoismaiden väliset tuottavuuserot vuosina 2005–2007 johtuvat ennen kaikkea maakohtaisista eroista terveydenhuollon rakenteissa, eivät niinkään eroista sairaaloiden välillä. Suomen sairaalat toimivat järjestelmässä, jossa on mahdollista toimia tehokammin kuin vastaavissa järjestelmissä muissa Pohjoismaissa.

Avainsanat: sairaaloiden tuottavuus, sairaalajärjestelmä, Pohjoismaat

Sisällys

Tiivistelmä.....	3
1 Johdanto	7
2 Julkinen terveydenhuolto Suomessa ja muissa Pohjoismaissa	8
2.1 Maantiede ja asutus.....	8
2.2 Julkisen terveydenhuollon järjestäminen Pohjoismaissa.....	11
2.3 Terveydenhuoltojärjestelmien kustannukset Pohjoismaissa.....	12
2.4 Kustannuksiin vaikuttavat tekijät.....	14
3 Tutkimuksen aineisto	16
4 Somaattisten sairaaloiden hallinto.....	17
4.1 Sairaaloiden itsenäisyys ja ohjaus.....	17
4.2 Sairaaloiden ohjaus	19
4.3 Sairaaloiden rahoitus.....	20
4.4 Alijäämä ja tavoitteista poikkeaminen.....	20
5 Sairaaloiden sijainti ja toiminnot.....	23
5.1 Somaattiset sairaalat.....	23
5.1.1 Pohjoismaiden sairaalajärjestelmien yleinen rakenne	24
5.2 Akuuttitoiminnot ja väestöpohja.....	25
5.2.1 Akuuttisairaaloiden väestöpohja	25
5.2.2 Matka-aika akuuttisairaalaan.....	27
5.3 Muita esiin nousseita eroja.....	29
5.3.1 Ensihoidon palvelut	29
5.3.2 Elektiivinen kirurgia	29
5.3.3 Alueiden ja sairaaloiden välinen yhteistyö.....	29
5.3.4 Yksityisten palveluntarjoajien rooli	30
6 Sairaaloiden tuottavuuden vaihtelua selittäviä tekijöitä haastattelututkimuksen valossa	31
6.1 Tutkimuksen tarkoitus	31
6.2 Materiaali ja haastattelumetodiikka.....	32
6.2.1 Valitut diagnosiryhmät	32
6.2.2 Haastattelut	32
6.3 Tulokset.....	33
6.3.1 Keuhkohtaumatauti – terveyskeskusten vuodeosastot pienentävät välimatkaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä	33
6.3.2 Ortopedia – henkilöstöressurssien puutetta, mutta toimivaa yhteistyötä	34
6.4 Pohdintaa.....	35
7 Johtopäätelmät.....	37
Lähteet.....	38

1 Johdanto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (ennen Stakesin) terveystaloustieteen tutkijat ovat yhdessä pohjoismaisten kollegojen kanssa vertailleet Pohjoismaiden sairaaloiden tuottavuutta yli kymmenen vuoden ajan (Häkkinen ja Linna 2006, Linna ym. 2006, Kittelsen 2009, Linna ym. 2010, Medin ym, 2011). Vuosina 2005-2007 asukasta kohti lasketut erikoissairaanhoidon kustannukset olivat Norjassa korkeammat kuin Suomessa, Ruotsissa ja Tanskassa (Kittelsen 2009). Suomalaiset sairaalat taas ovat kaikissa tutkimuksissa osoittautuneet muiden Pohjoismaiden sairaaloita tehokkaammiksi. Yliopistosairaaloiden välillä ei kuitenkaan ole havaittu tuottavuseroja, kun tarkastelussa otettiin huomioon opetus- ja tutkimustoiminta (Medin ym. 2011)

Norjan erikoissairaanhoidon raportointivaliokunta halusi keväällä 2011 selvittää, mistä Norjan heikko menestys erikoissairaanhoidon Pohjoismaisissa tuottavuusvertailuissa johtuu. Tämän takia käynnistettiin SINTEF-tutkimussäätiön koordinoima selvitys, jossa pyrittiin etsimään syitä tuottavuseroille. Hankkeessa olivat mukana Karoliniska Institutet Ruotsista, Dansk Sundhetsinstitut Tanskasta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Suomesta. Islantilaisia yhteistyökumppaneita ei tutkimuksessa ollut mukana, ja puhuttaessa Pohjoismaista viitataan tässä tutkimuksessa ainoastaan Suomeen, Ruotsiin, Norjaan ja Tanskaan.

SINTEF tuotti selvityksen tuloksista norjankielisen raportin, joka julkaistiin syyskuussa 2011. Tämä suomenkielinen raportti perustuu osittain norjalaiseen raporttiin¹. Norjalainen raportti keskittyi tarkastelemaan erikoissairaanhoidosta esitettyjä kysymyksiä Norjan kannalta kiinnostavista näkökulmista, ja nosti esille erityisesti Norjan kannalta oleellisia tekijöitä. Tässä suomenkielisessä raportissa on pyritty nostamaan esille myös Suomen kannalta kiinnostavia aiheita, joita norjalaisessa raportissa ei käsitelty.

¹ Saatavissa: <http://www.sintef.no/speshnorden>

2 Julkinen terveydenhuolto Suomessa ja muissa Pohjoismaissa

2.1 Maantiede ja asutus

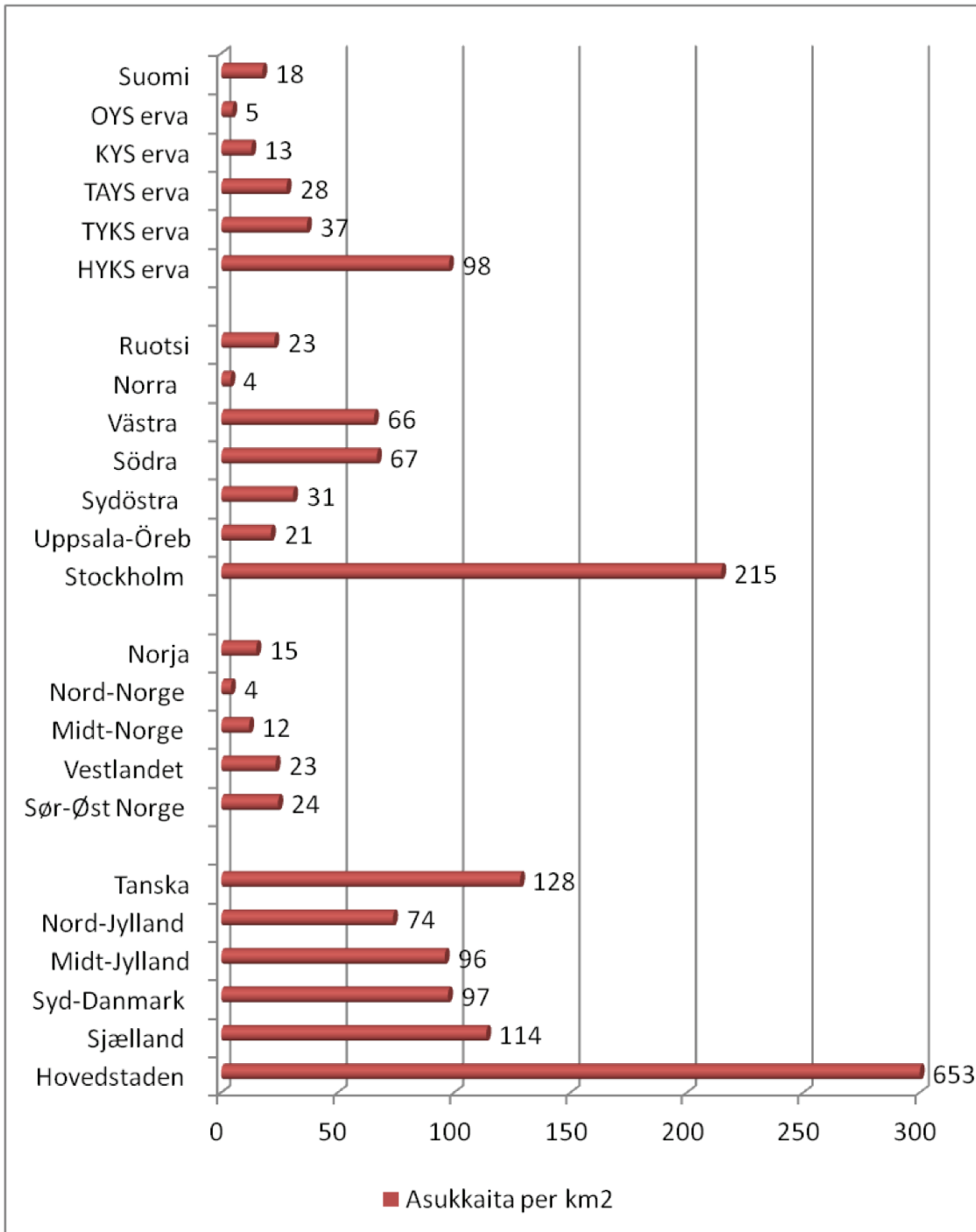
Suomi, Ruotsi ja Norja ovat pinta-alaltaan melko samankokoisia, Tanska taas on muita Pohjoismaita huomattavasti pienempi. Asukasluvultaan Ruotsi on muita maita suurempi, sen väkiluku oli vuonna 2009 lähes kaksi kertaa Norjan väkiluvun suuruinen. Suomi, Norja ja Tanska ovat asukasluvultaan melko lähellä toisiaan, mutta Tanskan asukastiheys on muita Pohjoismaita huomattavasti suurempi.

Suomi ja Norja muistuttavat pinta-alaltaan ja asukasmäärältään toisiaan. Molempien ala on hiukan yli 300 000 km² ja väkiluku noin 5 000 000 asukasta. Pinta-alaltaan hieman suuremman ja väkiluvultaan hieman pienemmän Norjan asukastiheys on kuitenkin pienempi.

Taulukko 1. Pohjoismaiden pinta-alat ja asukkaat.

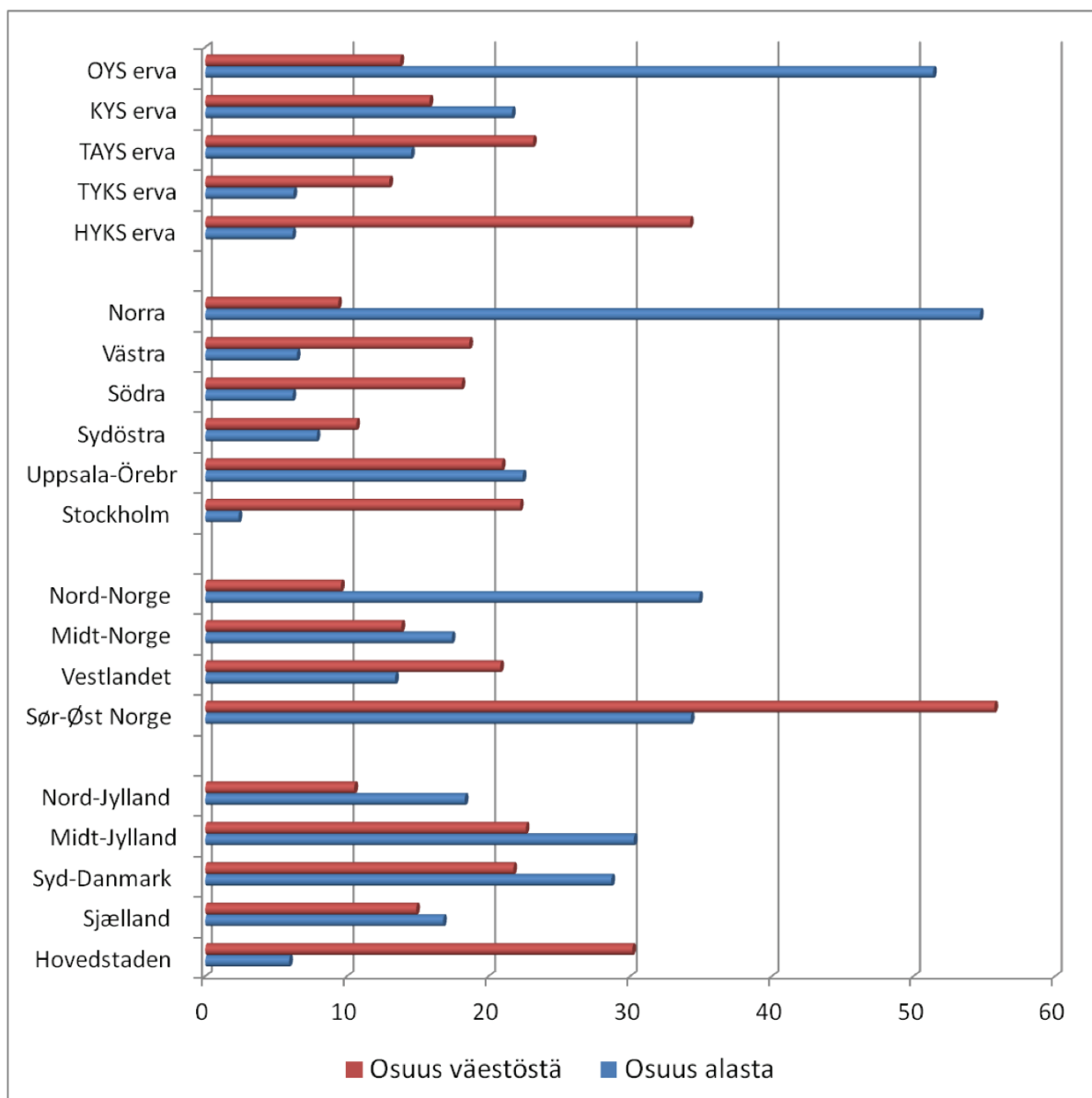
Maa	Ala km ²	Asukkaita 2009	Asukkaita/km ²
Suomi	302 354	5 323 693	18
Ruotsi	410 278	9 340 682	23
Norja	323 787	4 858 199	15
Tanska	42 959	5 511 452	128

Suomi, Ruotsi ja Norja ovat sijoittuneet pituuspiirien suuntaisesti. Väestö on keskittynyt maiden eteläosiin ja pääkaupunkien ympäristöön, pohjoisosat ovat harvemmin asuttuja. Eteläisten ja pohjoisten alueiden erot Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa nousevat esiin esimerkiksi tarkasteltaessa erityisen vaativasta hoidosta vastuussa olevia alueita. Eritystason hoito on kaikissa Pohjoismaissa jaettu maan sisäisiin vastuualueisiin. Suomessa näitä erityistason vastuualueita on viisi (nk. erityisvastuualueet), Ruotsissa kuusi, Tanskassa viisi ja Norjassa neljä. Erityisen vaativasta hoidosta vastaavat toimijat ovat Pohjoismaissa hyvin erilaisia. Norjassa ja Tanskassa alueet ovat itsenäisiä, toiminnallisia yksiköitä, joilla on erityistason hoidon lisäksi vastuullaan paljon muitakin toimintoja. Suomessa ja Ruotsissa erityistason hoidosta vastuussa olevat alueet toimivat huomattavasti löyhemmässä yhteistyössä.



Kuvio 1. Erityistason hoidosta vastuussa olevien alueiden asukastiheydet Pohjoismaissa.

Kuviossa 1 on esitetty erityistason hoidosta vastuussa olevat alueet asukastiheyksineen. Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa pohjoisten alueiden (OYS erva, Norra, Nord-Norge) väestötiheydet ovat huomattavasti pienemmät kuin etelän vastaavien alueiden (HYKS erva, Stockholm, Sor-Ost Norge). Tanskassa asukastiheyksien erot eri alueiden välillä ovat pienemmät, vaikkakin pääkaupunki Kööpenhaminan ympäristön erityistason vastuualue (Hovedstaden) on asukastiheydeltään huomattavasti suurempi kuin muut Tanskan alueet.



Kuvio 2. Erityistason hoidosta vastuussa olevien alueiden osuudet väestöstä ja pinta-alasta Pohjoismaissa.

Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa pohjoisilla erityistason hoidon vastuualueilla on vastuullaan huomattavan suuri osuus maan pinta-alasta, mutta pieni osuus väestöstä (Kuvio 2). Tanskassa suhteellisen pienelle alueelle pääkaupungin ympäristöön (Hovedstaden) on keskittynyt huomattava osuus väestöstä.

Kuviot 1 ja 2 kertovat erityisesti Suomen, Ruotsin ja Norjan samankaltaisista haasteista erityistason hoidon tuottamisessa tasapuolisesti kaikissa maan osissa. Haasteina maissa ovat pohjoisen suuret alueet ja pienet väestömäärät. Tanskassa vastaavaa jakautumista ei maan pienemmästä pinta-alasta ja suuremmasta asukastiheydestä johtuen ole.

2.2 Julkisen terveydenhuollon järjestäminen Pohjoismaissa

Pohjoismaissa terveydenhuolto rahoitetaan pääosin verovaroin ja sen järjestämisestä vastaa jokin julkinen taho. Yksityisen terveydenhuollon rooli on kaikissa maissa suhteellisen pieni. Julkisen terveydenhuollon järjestämismalleissa on maiden välillä kuitenkin eroja. Esimerkiksi terveydenhuollon toimintojen ja rahoituksen keskittämisen aste vaihtelee Pohjoismaiden välillä. Taulukossa 2 on esitetty kuvaus Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmistä.

Taulukko 2. Pohjoismaiden terveydenhuollon järjestäminen.

	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska
Yhteistyö erityistason hoidossa	5 erityisvastuualuetta, 5 yliopistosairaala	6 aluetta (helseregion), 9 yliopistosairaala	4 aluetta, 6 yliopistosairaala	5 aluetta, 4 yliopistosairaala
Erikoissairaanhoito	20 sairaanhoitopiiriä, n. 35-37 sairaalaa	21 maakäräjää, n. 60-65 sairaalaa	4 aluetta, n. 20 alueellista yritystä, jotka koostuvat yleensä 1-3 sairaalasta	5 aluetta, n. 20 hallinnollista sairaalaa Hallinnolliset sairaalat koostuvat useammasta erityyppisestä sairaalasta
Perusterveydenhoito	Terveyskeskukset, joissa yleislääkärien ja sairaanhoitajien vastaanottoja Työterveyshuolto tuottaa palveluja työssä olevalle väestölle	Terveyskeskukset, joissa yleislääkärien ja sairaanhoitajien vastaanottoja Vuoden 2010 jälkeen väestöllä mahdollisuus valita myös yksityinen palvelujen tuottaja	Yleislääkärit yksityisvastaanotoilla	Yleislääkärit yksityisvastaanotoilla

Suomessa vastuu terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta on kunnilla. Perusterveydenhuoltopalvelut kunnat voivat järjestää esimerkiksi itse tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa kuntayhtymissä. Erikoissairaanhoito puolestaan järjestetään 20 sairaanhoitopiirissä. Sairaanhoitopiirit ovat kuntien muodostamia kuntayhtymiä, jollaiseen jokaisen kunnan tulee lain mukaan kuulua. Suomen sairaanhoitopiireissä toimii laskutavasta riippuen yhteensä noin 35-37 sairaalaa. Kunnilla on verotusoikeus, ja perusterveydenhuollon palvelut kustannetaan yleensä suoraan kunnallisveron tuotoilla. Sairaanhoitopiireille ei ole verotusoikeutta, vaan jäsenkunnat vastaavat niiden rahoituksesta. Osa terveydenhuollon kustannuksista katetaan valtionavustuksilla ja palvelumaksuilla. Erityistason hoidon järjestämiseksi Suomi on jaettu viiden yliopistosairaalan kesken erityisvastuualueisiin.

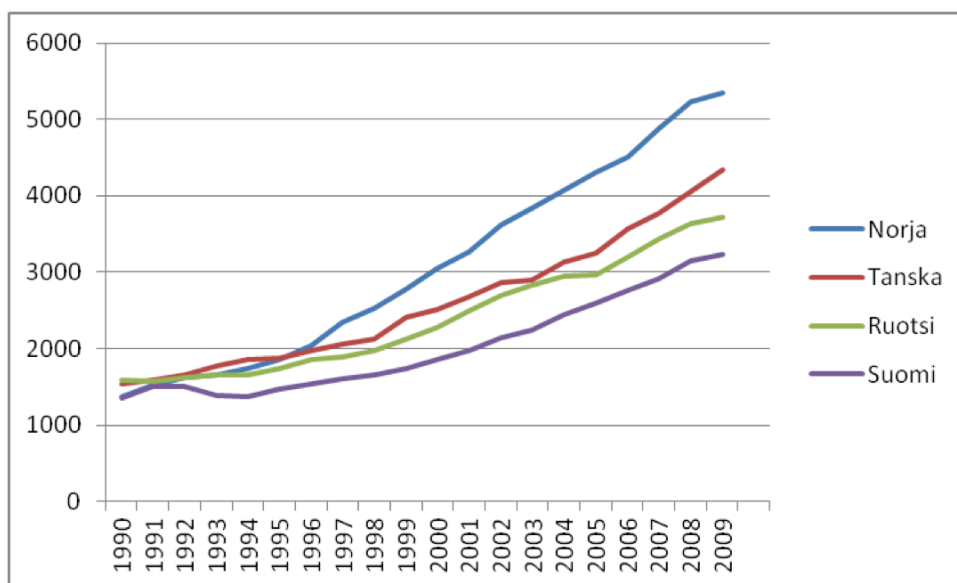
Ruotsissa terveydenhuollon rahoituksesta ja järjestämisestä vastaa 21 maakäräjää. Ne vastaavat sairaaloiden ja erikoissairaanhoidon toiminnasta sekä suurimmasta osasta perusterveydenhuoltoa. Maakäräjien järjestämän terveydenhuollon pääasiallisena rahoitusmuotona ovat niiden keräämät verotulot, sekä vähäisemmässä määrin valtion avustukset sekä asiakasmaksut. Ruotsin maakäräjillä toimii noin 60-65 sairaalaa. Erityistason hoitoa Ruotsissa tarjoaa yhdeksän yliopistosairaala.

Norjassa perusterveydenhuollon järjestämisvastuu on kunnilla ja erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu valtiolla. Erikoissairaanhoidon rahoituksesta, suunnittelusta, tuotannosta ja toteutuksesta vastaa neljä valtion omistamaa aluetta. Kukin näistä vastaa oman alueensa asukkaista. Alueiden toiminta on järjestetty yrittäjäisesti, ja niiden tytäryhtiöt omistavat alueella toimivat sairaalat eli alueelliset terveysalan yritykset. Erikoissairaanhoidon rahoituksesta vastaa valtio. Perusterveydenhuollon rahoitus on pääosin kuntien vastuulla. Pääosa perusterveydenhuollon lääkäreistä toimii yksityisinä ammatinharjoittajina, jotka ovat sopimussuhteessa kuntaan. Erityistason hoitoa tarjoavat kuusi yliopistosairaala.

Tanskassa erikoissairaanhoidon sekä pääosasta perusterveydenhuollon järjestämisestä vastaa viisi aluetta, joilla toimii yhteensä noin 20 sairaalaa. Perusterveydenhuolto on järjestetty alueen kanssa sopimuksen tehneiden yksityislääkärin vastaanotoilla. Kunnat puolestaan vastaavat muun muassa sosiaalihuollosta sekä kansanterveystyöstä. Toisin kuin kunnilla, terveydenhuollosta vastaavilla alueilla ei ole verotusoikeutta, vaan ne saavat rahoituksen terveydenhuollon järjestämiseen valtion verotuksessa kerättävästä erityisestä terveysverosta. Valtio ohjaa osan terveysveron tuotosta kunnille terveys- ja sosiaalihuollon järjestämiseen. Erityistason hoitoa maassa tarjoaa neljä yliopistosairaala.

2.3 Terveydenhuoltojärjestelmien kustannukset Pohjoismaissa

Terveydenhuollon kustannukset sekä tuotannon tehokkuus ovat viime vuosina olleet suuren kiinnostuksen kohteena Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Vanheneva väestö tarvitsee yhä enemmän terveydenhuollon palveluita. Samaan aikaan myös uudet epidemiologiset uhat ja tekninen kehitys lisäävät terveydenhuollon kustannuksia suuressa osassa maailmaa. Kuviosta 3 nähdään, että asukasta kohden lasketut terveydenhuollon menot ovat Norjassa korkeammat kuin muissa Pohjoismaissa. Myös Tanska ja Ruotsi käyttävät asukasta kohden terveydenhuoltoon enemmän kuin Suomi.

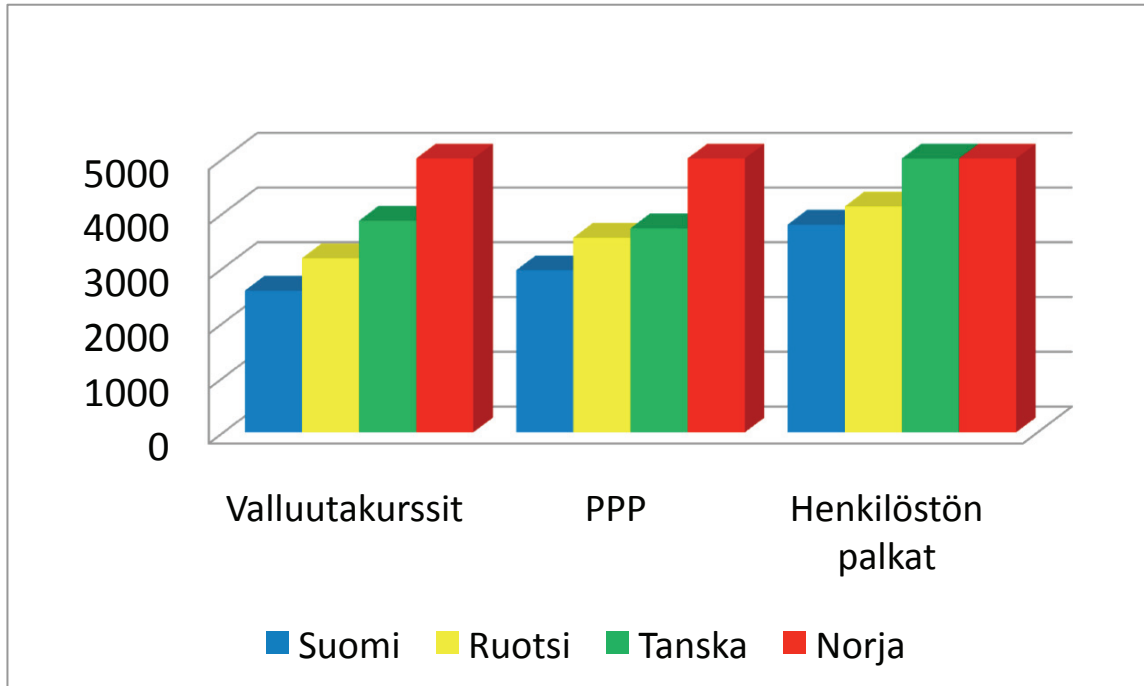


**Kuvio 3. Terveydenhuollon kokonaismenot neljässä Pohjoismaassa vuosina 1990-2009, ostovoimakorjat-
tuina US dollareina asukasta kohden. Oecd Health Data 2011.**

Kaikissa Pohjoismaissa asukasta kohden lasketut terveydenhuollon menot ovat kasvaneet viimeisten noin 15 vuoden aikana voimakkaasti. Menot ovat kuitenkin olleet Suomessa koko tarkastelukauden muita Pohjoismaita alhaisemmalla tasolla.

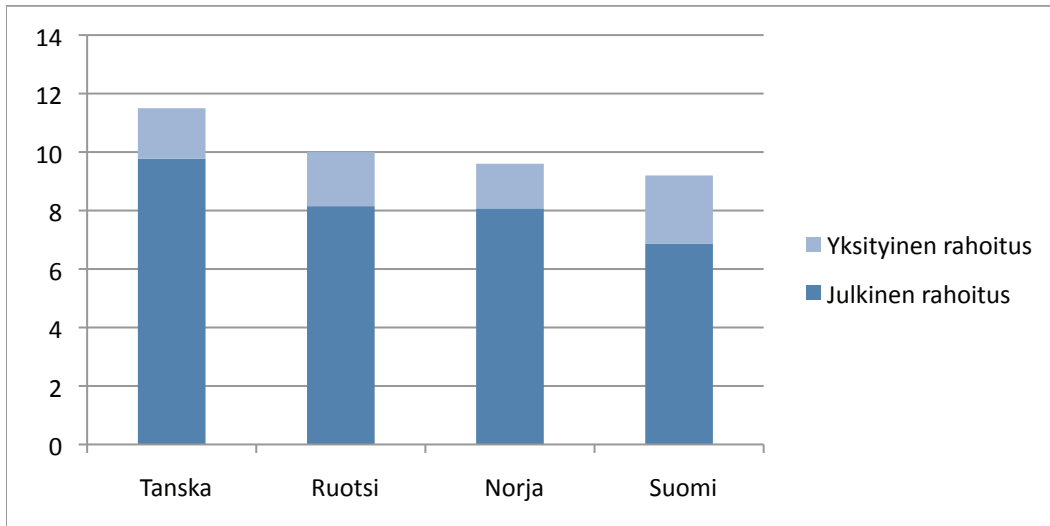
Terveydenhuoltomenojen kansainväliseen vertailuun vaikuttaa osittain se, miten eri maiden valuutat muutetaan vertailukelpoisiksi. Kuviossa 4 Pohjoismaiden vuoden 2006 asukasta kohti lasketut terveyden-

huolto menot on muutettu vertailukelpoisiksi euroiksi kolmella eri tavalla: valuuttakursseilla, ostovoimapariiteetilla sekä terveydenhuoltohenkilöstön (lääkäreiden ja sairaanhoitajien) palkka- ja muilla henkilöstökustannuksilla. Suomen ero muihin Pohjoismaihin selittyy osittain alhaisimmilla työvoimakustannuksilla. Tanska terveydenhuoltomenot puolestaan nousevat Norjan tasolle kun terveydenhuoltomenot muutetaan vertailukelpoisiksi työvoimakustannuksien avulla.



Kuvio 4. Terveydenhuoltomenot asukasta (€/henkilö) kohti Pohjoismaissa eri hintakursseilla vuonna 2006. Oecd Health Data 2011 ja kirjoittajien laskelmat

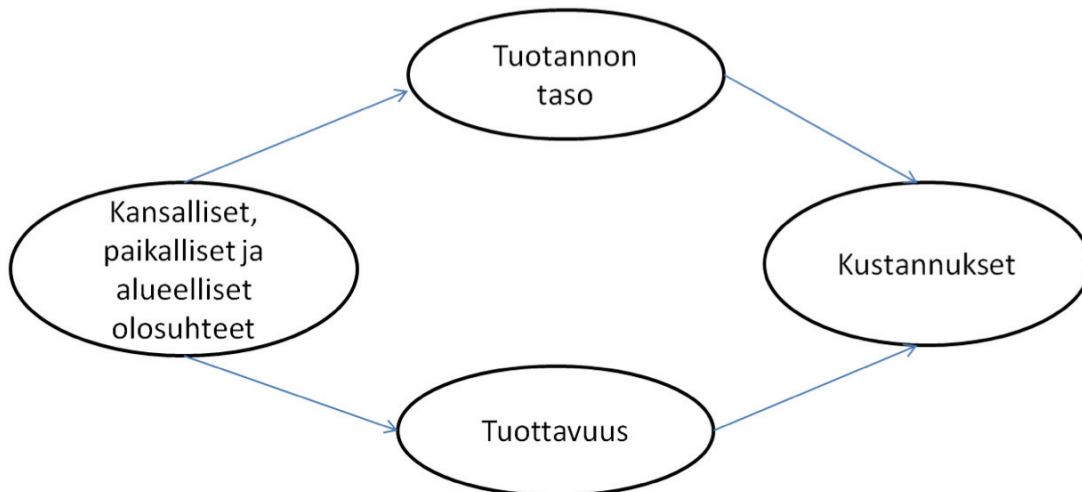
Terveydenhuollon kokonaismenojen osuus bruttokansantuotteesta (bkt) oli vuonna 2009 Tanskassa jonkin verran suurempi kuin muissa Pohjoismaissa. Suomessa terveydenhuollon kokonaismenojen osuus bkt:sta oli vuonna 2009 hiukan pienempi kuin muissa Pohjoismaissa (kuvio 5).



Kuvio 5. Terveydenhuollon kokonaismenot vuonna 2009, osuutena bruttokansantuotteesta. Oecd Health Data 2011.

2.4 Kustannuksiin vaikuttavat tekijät

Pohjoismaiden erikoissairaanhoidon vertailemalla oli tarkoitus selvittää syitä maiden välisiin eroihin erikoissairaanhoidon asukasta kohden lasketuissa kustannuksissa. Kustannuksiin vaikuttavat asukkaille tarjottujen erikoissairaanhoidon palveluiden laajuus sekä toimintojen tuottamisen tehokkuus. Maiden väliset kustannuserot voivat siis johtua erikoissairaanhoidon palveluiden käytöstä tai palveluiden tuotannon tehokkuudesta. Kuviossa 6 on kuvattu yksinkertainen malli erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavista tekijöistä.



Kuvio 6. Yksinkertainen malli erikoissairaanhoidon kustannustasoon vaikuttavista tekijöistä.

Palkkataso, erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö ja sairaaloiden erilainen tuottavuus vaikuttavat asukasta kohden lasketujen erikoissairaanhoidon kustannusten eroihin Pohjoismaiden välillä, mutta eivät selitä eroja kokonaan. Sairaalapalveluita käytettiin Norjassa enemmän ja Suomessa vähemmän kuin muissa Pohjois-

maissa (Kittelsen ym.2009). Maiden välisiä eroja voi selittää myös se, mitä palveluita tarjotaan, ketkä ovat oikeutettuja näihin palveluihin, millä tavoin palveluiden tuottaminen on järjestetty ja kuinka palvelutuotantoa hallinnoidaan.

2.5 Somaattisen erikoissairaanhoidon tehokkuus Pohjoismaissa

Taulukossa 3 on esitetty uusimpaan pohjoismaiseen erikoissairaanhoidon tuottavuutta koskevaan tutkimukseen perustuvat tuottavuusluvut vuosilta 2005-2007. Luvut kuvaavat prosenttiosuuksia parhaasta tuottavuudesta. Suomessa erikoissairaanhoidon tuottavuus on koko tarkasteluajankohdan noin 20 prosenttia muiden Pohjoismaiden erikoissairaanhoidon tuottavuutta korkeammalla. Muiden maiden välillä ei sairaaloiden tuottavuudessa ole ollut tilastollisesti merkittävää eroa.

Taulukko 3. Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuus Pohjoismaissa vuosina 2005-2007.

	2005	2006	2007
Suomi	81,0	80,1	78,9
Ruotsi	53,5	51,4	-
Tanska	62,1	59,5	59,3
Norja	57,7	58,3	57,9

Lähde: Kittelsen ym. (2009).

Uudessa tutkimuksessa pyrittiin tarkastelemaan yksityiskohtaisemmin, kuinka maiden väliset erot erikoissairaanhoidon tuottavuudessa liittyvät toisaalta terveydenhuollon rakenteisiin ja toisaalta yksittäisten sairaaloiden toiminnan tehokkuuteen. Terveydenhuollon erilaiset rakenteet vaikuttavat siihen, kuinka tehokkaasti sairaalat ja muut terveydenhuollon yksiköt voivat toimia. Sairaaloiden tuottavuuden jakaminen maakohtaisiin, järjestelmän rakenteista riippuviin tekijöihin ja sairaaloiden tehokkuuteen avaa kiinnostavia uusia näkökulmia erikoissairaanhoidon tuottavuuden tarkasteluun.

Tulosten mukaan Pohjoismaiden väliset tuottavuuserot vuosina 2005–2007 johtuvat ennen kaikkea maakohtaisista eroista terveydenhuollon rakenteissa, eivät niinkään eroista sairaaloiden välillä. Eroja on siis siinä, kuinka tehokkaasti sairaaloiden on mahdollista niitä ympäröivässä järjestelmässä toimia. Suomen sairaalat toimivat järjestelmässä, jossa on mahdollista toimia tehokkaammin kuin vastaavissa järjestelmissä muissa Pohjoismaissa. Sairaaloiden tehokkuuseroja suuruudessa maiden sisällä ei havaittu merkittäviä eroja. Kaikissa tutkimuksessa mukana olleissa maissa sairaalat siis toimivat suunnilleen yhtä tehokkaasti suhteessa terveydenhuollon rakenteiden tarjoamiin mahdollisuuksiin.

Tutkimuksessa Pohjoismaiden väliset erot palkkatasoissa ja ostovoimassa on otettu huomioon, joten ne eivät selitä eroja maiden välillä. Maiden sisäisiä eroja toiminnan tehokkuudessa selittivät osittain avohoitopotilaiden suhteellinen osuus sekä lyhyempi hoitoaika. Sen sijaan sairaaloiden potilasrakenne, niiden sijainti pääkaupungissa tai yliopistosairaalan status eivät selittäneet maiden sisäisiä tehokkuuseroja. Matka-aika lähimpää akuuttisairaalaan vaikutti heijastelevan olosuhteita, jotka lisäävät erikoissairaanhoidon kustannuksia Norjassa, mutta ei selitä tuottavuuseroja maiden välillä.

Pohjoismaiden välisiin erikoissairaanhoidon tuottavuuseroihin vaikuttavat siis oleellisesti tekijät, joita ei voi selittää käytettävissä olevien tilastotietojen avulla. Tällaisia tekijöitä voivat esimerkiksi olla kulttuuriset, organisatoriset tai rakenteelliset erot. Tietoa ei myöskään ole siitä, onko hoidon laadussa tai vaikuttavuudessa eroja maiden välillä, joten näiden tekijöiden vaikutusta tuottavuuseroihin ei ole voitu arvioida.

3 Tutkimuksen aineisto

Tutkimusta varten kerättiin kesän ja syksyn 2011 aikana aineistoa sairaalan omistajille lähetetyillä kyselylomakkeilla. Kyselyt lähetettiin erikoissairaanhoidon palveluiden tuotannosta vastaaville tuottajaorganisaatioille eli Suomessa sairaanhoitopiirien johdolle. Lomakkeilla selvitettiin erikoissairaanhoidon toimintojen sijoittumista sekä sairaaloiden ohjauksen ja hallinnon rakennetta. Uutta tietoa kerättiin myös tiettyihin diagnooseihin liittyvien avainhenkilöiden haastatteluilla muutamissa sairaaloissa. Haastatteluiden tarkoitus oli syventää kyselylomakkeilla kerättyjä tietoja. Lomakekyselyillä ja haastatteluilla kerättyjä tietoja täydennettiin mahdollisuuksien mukaan olemassa olevilla tilasto- ja rekisteritiedoilla.

Tiedonkeruut pyrittiin tekemään mahdollisimman yhdenmukaisesti kaikissa maissa. Lomaketiedonkeruussa käytettiin Norjassa ja Tanskassa samaa norjankielistä kyselylomaketta, ja Suomessa ja Ruotsissa suomeksi ja ruotsiksi käännettyä versiota samasta lomakkeesta. Kaikkien maiden edustajat saivat esittää kommentteja lomakkeiden sisällöstä ja muotoilusta, jotta ne sopisivat mahdollisimman hyvin tietojen keräämiseen eri maista. Avainhenkilöhaastattelut tehtiin niin kutsuttuina semi-strukturoituina haastatteluina, joissa haastattelun teemat oli mietitty etukäteen, mutta itse haastattelutilanteessa haastattelijoilla oli myös liikkumavaraa.

Lomakekysely tehtiin kahdella eri lomakkeella, jotka lähetettiin sairaaloiden omistajille: sairaanhoitopiireille Suomessa, maakäräjille Ruotsissa sekä Norjan ja Tanskan erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastuussa oleville alueille. Ensimmäisellä lomakkeella selvitettiin muun muassa sairaaloiden omistukseen, rahoitukseen ja itsenäisyyteen liittyviä tekijöitä sekä sairaaloiden omistajien niihin kohdistaman ohjauksen sisältöä ja toimintatapoja. Toisella lomakkeella taas keskityttiin sairaaloiden sijaintiin, toimintoihin, väestöpohjaan sekä akuuttitoimintoihin liittyviin tekijöihin.

Norjassa ja Tanskassa kyselyn vastaanottajia oli huomattavasti vähemmän kuin Suomessa ja Ruotsissa, sillä sairaaloiden omistus on Norjassa ja Tanskassa keskitetty huomattavasti harvemmillä tahoille. Norjan neljästä ja Tanskan viidestä alueesta kaikki vastasivat sairaaloiden hallintoa ja ohjausta kartoittavaan kyselyyn. Suomessa 20 sairaanhoitopiiristä 18 vastasi kyselyyn, kun Ruotsissa 21 maakärjästä vain 9 palautti kyselylomakkeen. Sairaaloiden ja niiden toimintojen sijaintia käsittelevään lomakkeen palauttivat kaikki Norjan ja Tanskan alueet, 20 sairaanhoitopiiriä ja 10 maakärjää.

Suomen ja Ruotsin kohdalla puutteet vastausten kattavuudessa ovat ongelmallisia, koska maissa erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on hajautettu, ja toimintatavoissa on paljon alueellista vaihtelua. Erityisesti Ruotsin kohdalla kyselyn vastausten edustavuuteen täytyy suhtautua varauksella, vaikkakin varsin suuri osuus vastauksista vaikuttaa viittaavan samansuuntaisiin johtopäätelmiin. Toisaalta Suomen ja erityisesti Ruotsin vastauksia on mahdollisuuksien mukaan täydennetty muista tietolähteistä saatavilla tiedoilla, jotta kokonaisuus maista olisivat mahdollisimman kattavat.

Avainhenkilöiden haastatteluiden tarkoituksena oli syventää kyselytutkimuksen tuloksia sekä selvittää maiden välisiä eroja hoitotoiminnan organisoinnissa ja hoitokäytännöissä. Haastattelujen aiheeksi valittiin kolme diagnoosia: keuhkohtaumatauti (COPD), lonkkamurtuma sekä lonkan tekonivelleikkaus. Haastatteluihin valittiin kustakin maasta kaksi keskussairaala-tasoista sairaalaa ja haastateltaviksi vähintään kaksi kunkin diagnoosien kannalta keskeistä avainhenkilöä. Aivan kaikki suunnitellut haastattelut eivät toteutuneet. Norjassa ja Suomessa haastattelut tehtiin suunnitelman mukaan, kahdessa sairaalassa kunkin diagnoosin tapauksessa. Ruotsissa haastattelut tehtiin kahdessa sairaalassa lonkkaleikkauksen ja lonkkamurtuman tapauksessa, mutta vain yhdessä sairaalassa tehtiin keuhkohtaumatautia koskeva haastattelu. Tanskassa ortopedian alaan kuuluviin diagnooseihin liittyen ei tehty yhtään haastattelua, mutta keuhkohtaumatautiin liittyen haastattelut tehtiin suunnitelman mukaan kahdessa sairaalassa.

4 Somaattisten sairaaloiden hallinto

Somaattisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden omistajat poikkeavat toisistaan Pohjoismaissa. Norjassa ja Tanskassa sairaaloiden omistus on keskitetty korkealle tasolle. Norjassa valtiolliset alueelliset yritykset omistavat sairaalat, Tanskassa taas sairaalat kuuluvat neljälle terveydenhuollosta vastaavalle alueelle. Ruotsissa ja Suomessa sairaaloiden omistajia on huomattavasti enemmän: Ruotsissa 21 maakäräjää omistaa sairaalat ja Suomessa sairaalat kuuluvat kahdellekymmenelle kuntien muodostamalle kuntayhtymälle, sairaanhoitopiireille.

Terveydenhuoltojärjestelmien keskittyneisyyden vaikutuksesta kustannustasoon ja tuottavuuteen on käyty paljon keskustelua. Yksiselitteisiä tuloksia siitä, tuoko keskittäminen vai hajauttaminen suurempia etuja, ei kuitenkaan ole saatu. Hajautetun järjestelmän etuina pidetään yleensä vähäisempää byrokratiaa, parempaa kustannustietoisuutta sekä mahdollisuutta sopeutua paikallisiin olosuhteisiin. Keskitetyssä järjestelmässä taas voidaan toimintoja koordinoimalla saavuttaa mittakaava- ja keskittämisetuja.

Tässä luvussa kuvataan Pohjoismaiden sairaaloiden hallinnon ja ohjaamisen muotoa ja sisältöä. Vastauksia etsitään muun muassa kysymyksiin, kuinka sairaaloiden omistajuus ja rahoitus eroavat maittain, onko maiden välillä eroja siinä, kuinka itsenäisesti sairaalat voivat tehdä päätöksiä ja onko sairaaloiden omistajien sairaaloihin kohdistamissa seuranta- ja ohjausmekanismeissa eroja maiden välillä. Lisäksi pohditaan, voivatko mahdolliset erot sairaaloiden hallinnossa ja ohjaamisessa johtaa havaittuihin eroihin erikoissairaanhoidon tuottavuudessa tai kustannustasossa.

4.1 Sairaaloiden itsenäisyys ja ohjaus

Taulukkoon 4 on tiivistetty sairaaloiden omistussuhteisiin ja itsenäisyyteen liittyviä tekijöitä.

Taulukko 4. Sairaaloiden omistussuhteet ja itsenäisyys.

	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska
Millä tasolla budjetit määritetään?	Paikallisella	Paikallisella	Kansallisella	Kansallisella (neuvottelut valtion ja alueiden välillä)
Onko tilaaja-tuottaja -malli käytössä?	Joissain sairaanhoitopiireissä käytössä osittain	Käytössä joissain maakäräjissä	Ei	Ei
Kenelle kuuluu päätösvalta akuutti-toimintojen lopettamisesta ja laajentamisesta?	Sairaanhoitopiireille	Maakäräjille	Muodollisesti alueellisilla yrityksille, mutta käytännössä ylemmällä tasolla (ministeriö)	Alueiden poliittisilla toimielimille
Millaiset ovat sairaaloiden investointi- ja lainanotto-mahdollisuudet?	Sairaanhoitopiirit päättävät itsenäisesti	Sairaaloilla rajoitetut mahdollisuudet lainanottoon, maakäräjät tekevät investointipäätökset	Rajoitetut investointimahdollisuudet, ei mahdollisuuksia ottaa lainaa lainamarkkinoilta	Alueet ohjaavat investointeja, rajoitetut mahdollisuudet lainanottoon

Sekä Norjassa että Tanskassa sairaaloiden omistus on hajautettu muutamalle alueelle (vastaavasti 4 ja 5 aluetta). Sairaaloiden toiminta rahoitetaan valtion budjetista. Suomessa ja Ruotsissa sairaaloiden omistusoikeus on paikallisella tasolla, samoin kuin sairaaloiden rahoituksesta päättäminen. Suomessa sairaanhoitopiirit omistavat sairaalat, Ruotsissa puolestaan maakäräjät.

Vaikka Pohjoismaiden sairaaloiden välillä on eroja omistuksen keskittämisessä, ovat sairaalat kaikissa Pohjoismaissa julkisen hallinnon alaisia. Eniten eroja sairaaloiden hallintoon tuo se, minkä tason toimijoille sairaaloiden hallinta ja omistajuus on hajautettu. Esimerkiksi Suomessa, jossa erikoissairaanhoidon hallinto ja järjestäminen on hajautettu paikalliselle tasolle, kansallisen tason ohjauksella on vain hyvin rajoitetusti valtaa sairaaloiden toiminnan ohjaukseen. Pääosa kansallisen tason ohjauksesta tapahtuu lakien ja määräysten kautta. Esimerkiksi vuonna 2005 säädetty laki hoitoaikatakuusta on pakottanut sairaalat tarkastelemaan ja muuttamaan toimintaansa niin, etteivät lakisääteiset aikarajat hoitoon pääsyn odottamisesta ylity.

Maiden välillä on jonkin verran eroja siinä, kuinka itsenäisiä sairaalat ovat suhteessa omistajiinsa tai kuinka paljon niiden on mahdollista tehdä itseään koskevia päätöksiä, Tanskassa, Ruotsissa ja Suomessa päätökset akuuttitoimintojen perustamisesta tai lakkauttamisesta tekee sairaalan omistaja, ts. alueet, maakäräjät ja sairaanhoitopiirit. Norjassa alueelliset yritykset voivat virallisesti päättää akuuttitoimintojen perustamisesta ja lakkauttamisesta itse, mutta käytännössä ylemmän tason toimijoilla eli alueilla on oikeus hyväksyä merkittävät päätökset. Tämä tarkoittaa, että alueet käyttävät todellisuudessa merkittävää valtaa esimerkiksi akuuttitoiminnoista päätettäessä.

Tanskassa ja Norjassa yksittäisillä sairaaloilla ei ole mahdollisuutta ottaa lainaa. Investoinneista sairaalat voivat Norjassa päättää oman taloudellisen liikkumavaransa rajoissa, Tanskassa taas investointeja ja rahoitusta ohjataan aluetasolla poliittisesti. Suomessa ja Ruotsissa investointi- ja lainanottomahdollisuudet ovat sairaanhoitopiireillä ja maakäräjillä.

Sairaaloiden omistajien niihin kohdistamat ohjaus- ja hallintotoimenpiteet ovat pääosin samanlaisia kaikissa Pohjoismaissa. Pääosaan ohjaustoimista muodostavat erilaiset ohjausdokumentit (esimerkiksi hallinnolliset ohjeet ja toimintasuunnitelmat), sairaaloiden raportointi omistajille sekä sairaaloiden ja niiden omistajien tapaamiset. Norjassa ja Tanskassa kansallisen tason suuntaviivojen seuraaminen on tärkeää, kun taas Suomessa ja Ruotsissa paikallisella ja alueellisella näkökulmalla on suurempi merkitys.

Sairaaloille asetetaan erilaisia tavoitteita yleensä pidemmän aikavälin suunnitelmissa, minkä lisäksi sairaaloiden toimia seurataan vuosittain tai useammin erilaisten seurantadokumenttien avulla sekä yhteistyökokouksissa. Tärkeimpänä ohjausvälineenä kaikissa maissa pidettiin budjettia. Budjetti muodostetaan kaikissa tutkimuksessa mukana olleissa maissa ylhäältä alas, eli käytännössä sairaaloiden tulee sopeutua niille osoitettuun rahoitukseen. Suomen, Ruotsin ja Tanskan kohdalla mainittiin myös, että budjetin jaosta eri toimijoiden kesken neuvotellaan.

Maiden välillä on jonkin verran eroja, kun tarkastellaan omistajien näkemyksiä sairaaloiden suurimmista haasteista. Norjassa sairaalat muutettiin vuoden 2002 terveydenhuollon uudistuksessa yrityksiksi ja siellä sairaaloiden tärkeimpinä haasteina pidetään liiketoiminnan tasapainossa pitämistä. Tanskassa sairaaloiden keskeisiä haasteita ovat esimerkiksi talouden tasapaino ja toisaalta toimien oikea ajoittaminen. Suomessa ja Ruotsissa sairaanhoitopiirien ja maakäräjien näkemykset niiden suurimmista haasteista vaihtelivat paljon. Ruotsissa haasteita ovat esimerkiksi kustannuskehitys ja talouden tasapaino sekä toisaalta väestörakenteen kehitys ja väestöpohja. Suomessa haasteina pidettiin esimerkiksi rahoituksen ja palvelutarpeiden yhdistämisen vaikeutta sekä lääkärivajetta. On ymmärrettävää, että sairaaloiden omistajien näkemykset suurimmista haasteista vaihtelivat Suomessa ja Ruotsissa huomattavasti, sillä maiden erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastuussa olevat toimijat eroavat maan sisällä suuresti toisistaan. Norjassa ja Tanskassa erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on harvemmillä toimijoilla, jolloin on mahdollista, että vastauksissa erikoissairaanhoidon järjestämisen haasteisiin heijastuu niiden keskitetympi asema. Huomionarvoista on myös, että huolimatta rahoitusjärjestelmän eroista, kaikissa maissa talous mainittiin tavalla tai toisella tärkeäksi haasteeksi.

4.2 Sairaaloiden ohjaus

Taulukossa 5 on esitelty sairaaloiden omistajien sairaaloiden ohjaamiseen käyttämiä ohjauskeinoja sekä tarkasteltu ohjaukseen liittyvän raportoinnin sisältöä ja taajuutta.

Taulukko 5. Sairaaloiden ohjaus.

	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska
Millaisia tekijöitä sairaalan omistaja ohjaa?	Talous ja toiminnot	Talous ja toiminnot	Talous, toiminnot, priorisointi, laatu	Talous, toiminnot ja niiden priorisointi
Kuinka ohjaus on toteutettu ja mitä tekijöitä seurataan?	Potilaiden lukumäärä, ja sen muutos, hoitojen määrä, jonotusajat	Vaihtelee, jos käytössä DRG-järjestelmä, niin DRG-pisteitä seurataan usein	DRG , priorisointi, potilaat, laatu, talous, jonotusajat	DRG-pisteet, hoitojen määrä
Kuinka usein ohjaukseen liittyviä raportointeja tehdään ja millaisia tekijöitä raportoidaan?	Raportointi pääosin vuosittain, joissain olosuhteissa raportointi kuukausittain	Pääosin jonotusajat ja talous Jos DRG-järjestelmä käytössä, raportoidaan usein DRG-pisteitä Raportoinnin taajuus vaihtelee.	Suurelta osin kaikki toiminnot, laatu ja talousparametrit seurataan ja raportoidaan mieluiten kuukausittain	DRG-pisteet, jonotusajat Taloudellinen tasapaino raportoidaan kuukausittain

Kaikissa Pohjoismaissa sairaaloiden omistajat pyrkivät ohjaamaan sairaaloiden toiminnassa samanlaisia toimintoja. Ohjaus on myös usein toteutettu hyvin samantyyppisiä tekijöitä seuraamalla. Tärkeimpiä seurattuja tekijöitä ovat kaikissa maissa talous sekä sairaaloiden toiminnot. Norjassa sairaaloiden omistajat mainitsivat seuraavansa usein myös hoidon laatua sekä toimintojen priorisointia. Myös Tanskassa toimintojen priorisointi mainittiin seurattavana tekijänä. Ruotsissa ja Suomessa priorisointia sen sijaan ei seurattavana tekijänä mainittu. Yksi syy tähän saattaa olla Norjan ja Tanskan kansalliselle tasolle keskitetty sairaaloiden omistus. Kansallisen politiikan näkökulmasta tarve esimerkiksi joidenkin potilasryhmien priorisoinnin seuraamiseen saattaa olla suurempi kuin hajautetusta, paikallisen hallinnon näkökulmasta.

Raportoitavien tekijöiden määrä sekä niiden raportointitaajuus vaihtelee maittain, mutta eroja on myös maiden sisällä. Norjassa sairaaloiden tulee raportoida suurin osa ohjauksessa käytetyistä tekijöistä kuukausittain, kun taas muissa maissa raportointeja vaaditaan harvemmin. Suomessa, Ruotsissa ja Tanskassa monia tekijöitä, jotka Norjassa raportoidaan kuukausittain, raportoidaan kerran vuodessa tai neljännesvuosittain.

Vain yksi kyselyyn Suomessa vastanneista sairaanhoitopiireistä mainitsi DRG-pisteiden käytön ohjauksessa käytettävänä tekijänä. Muissa maissa DRG-pisteet mainittiin huomattavasti useammin. Tämä saattaa kertoa siitä, että vaikka joissain sairaanhoitopiireissä DRG-järjestelmää käytetään hyväksi kuntalaskutuksessa, ei Suomessa DRG-järjestelmän käyttöön sairaaloiden ohjauksessa ole kiinnitetty yhtä paljon huomiota kuin muissa Pohjoismaissa.

4.3 Sairaaloiden rahoitus

Pohjoismaissa sairaaloiden rahoitus perustuu pääosin veroihin. Maiden välillä on kuitenkin huomattavia eroja siinä, kuinka rahoitus on käytännössä järjestetty. Suomessa ja Ruotsissa terveydenhuollon asiakasmaksut ovat esimerkiksi korkeammat kuin Norjassa ja Tanskassa, ja potilaat maksavat asiakasmaksuja myös vuodeosastohoidon päivistä.

Suomessa ja Ruotsissa sairaaloiden rahoitus perustuu pääosin aluetason veroihin. Suurin maiden välinen ero on, että maakäräjillä on verotusoikeus. Ne voivat itse määrätä veroasteen ja kerätä veroja muun muassa sairaaloiden rahoittamiseksi. Suomessa erikoissairaanhoidon rahoitusvastuussa ovat kunnat, joilla on verotusoikeus. Erikoissairaanhoidon järjestäminen on annettu 20 sairaanhoitopiirille, jotka ovat kuntien muodostamia kuntayhtymiä. Toisin kuin maakäräjillä, sairaanhoitopiireillä ei ole verotusoikeutta, vaan ne saavat rahoituksensa kunnilta. Sekä Suomessa että Ruotsissa valtion rahoitus erikoissairaanhoidolle tulee valtionavun muodossa, ja muodostaa noin 20-25 prosenttia erikoissairaanhoidon rahoituksesta.

Suomessa kiinteän rahoituksen ja toimintoihin perustuvat rahoituksen suhde sairaaloiden rahoituksessa määräytyy sairaanhoitopiirien ja kuntien välisissä sopimuksissa, ja vaihtelee sairaanhoitopiireittäin. Sairanhoitopiirit laskuttavat jäsenkuntiaan näiden asukkaille tuottamiensa palveluiden mukaan. DRG-järjestelmä on kuntalaskutuksessa kokonaan tai osittain käytössä 14 sairaanhoitopiirissä. Muita perusteita sairaanhoitopiirien kuntalaskutukselle ovat hoitopäivähinnoittelu ja hoitopakettihinnoittelu. DRG-järjestelmää käytetään Suomessa usein budjetoinnin ja kuntienvälisen kustannustenjaon perusteena, ei niinkään toimintoihin perustuvan rahoituksen pohjana, kuten esimerkiksi Norjassa (Häkkinen 2010).

Myös Ruotsissa sairaaloiden rahoitusjärjestelmän vaihtelevat alueittain. Joissain maakäräjissä sairaaloiden budjetit perustuvat yksinomaan historiallisiin budjetteihin, kun taas jotkut maakäräjät käyttävät toimintoihin perustuvaa rahoitusmallia ja DRG-hinnoittelua.

Norjassa erikoissairaanhoidon rahoitus määräytyy kansallisella tasolla. Osa alueista jatkaa kansallista rahoitusta toimintoihin ja erilaisiin kriteereihin perustuvalla rahoituksella. Tanskassa alueiden taloudelliset raamit asetetaan vuosittaisissa neuvotteluissa valtion kanssa. Pääosin kaikkien alueiden rahoitus määräytyy samalla tavoin, vaikkakin kiinteän ja toimintoihin perustuvan osuuden suhde voi vaihdella. Vähintään puolet sairaaloiden rahoituksesta muodostuu Tanskassa toimintoihin perustuvasta rahoituksesta.

4.4 Alijäämä ja tavoitteista poikkeaminen

Lomakekyselyllä kartoitettiin myös sairaaloille koituvia seurauksia asetetuista tavoitteista poikkeamisesta. Sairaaloille asetetuilla tavoitteilla tarkoitettiin erilaisia esimerkiksi hoidon laatuun, potilasmääriin ja talouden tasapainoon liittyviä tavoitteita. Näihin kohtiin saatiin vähemmän vastauksia kuin lomakkeen muihin kohtiin. Vastauksia tarkasteltaessa onkin otettava huomioon, ettei näiden kohtien edustavuus ole aivan yhtä hyvä kuin muiden kohtien.

Norjan neljästä alueesta kolme ja Tanskan viidestä alueesta neljä vastasi tavoitteista poikkeamista koskeviin kysymyksiin. Sekä Norjassa että Tanskassa kaikki vastanneet alueet raportoivat asetetuista tavoitteista poikkeamista alueensa sairaaloissa. Kaikki tavoitteista jäämisestä raportoineet alueet raportoivat myös alijäämistä alueensa sairaaloissa viimeisen kolmen vuoden aikana. Ruotsin kahdeksasta vastanneesta maakäräjistä kaikki vastasivat myös tavoitteista poikkeamista koskeviin kohtiin. Seitsemän maakäräjää raportoi tavoitteista jäämisestä. Suomen sairaanhoitopiireistä lähes kaikki kyselyyn vastanneet sairaanhoitopiirit raportoivat tavoitteista jäämisestä. Kolmesta sairaanhoitopiiriä raportoi alijäämistä viimeisen kolmen vuoden aikana. Taulukossa 6 on esitetty tiivistelmä alijäämiä ja tavoitteista poikkeamista kartoittavien kysymysten vastauksista.

Taulukko 6. Tavoitteista jäämisen seuraukset

	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska
Seuraukset tavoitteista jäämisestä	Keskustelut	Vaihtelee maakäräjittäin Keskustelut ja mahdollisesti tavoitteiden muuttaminen	Tiukempi seuranta ja keskustelut	Toimintojen tavoitetasosta jääminen johtaa tulojen sopeuttamiseen
Seuraukset alijäämästä	Kulujen vähentäminen (esim. sijaisten ja muun lisähenkilökunnan vähentäminen) Mahdollisuus myös muuttaa hinnoittelua ja laskuttaa kuntia enemmän Ylijäämä palautuu kunnille	Vaihtelee maakäräjittäin Jossain sairaalat vapautuvat alijäämien kertymistä ja jossain ne pitää maksaa takaisin kolmen vuoden kuluessa	Alijäämän kertyminen, investointimahdollisuuksien väheneminen, yritykset yksiköiden kurinpitoon	Sairaaloiden tulee korjata alijäämä säästöillä Osa alijäämästä voidaan siirtää
Alijäämän esiintyminen sairaaloissa viimeisen kolmen vuoden aikana	Suurimmalla osalla sairaanhoitopiireistä ollut alijäämiä viime vuosina Niistä on selvitty hintoja muuttamalla sekä lisämäärärahoilla, ei niinkään toimintoja vähentämällä	Suurimmalla osalla odotettua suurempaa kasvua kustannuksissa tai toiminnoissa Käsittelyssä suuria eroja: toisaalla alijäämää ei kerry, toisaalla kertyneestä alijäämästä vapautetaan, joissain jaetaan lisämäärärahoja, ja jossain karsitaan kuluja toimintoja vähentävin säästöohjelmin	Kaikilla vastanneille alijäämiä viime vuosina, mutta ei selkeitä interventioita Tavoitteena puuttua alijäämiin toimenpitein, jotka eivät vaikuta toimintoihin	Kaikilla vastanneilla alueilla on ollut alijäämiä viime vuosina Sairaalat ovat korjanneet tilannetta toimin, jotka eivät ole vaikuttaneet toimintoihin

Kaikissa tarkastelluissa maissa sairaaloiden omistajat asettivat sairaaloille tavoitteita. Tavoitteista jäämisen seurauksina mainittiin useimmin keskustelut sairaalan omistajan ja sairaalan välillä. Norjassa tavoitteista jäämisen seurauksena sairaaloiden seuranta tiukennettiin. Ruotsissa seuraukset vaihtelivat eri maakäräjissä. Keskusteluiden lisäksi Ruotsissa seurauksina mainittiin mahdollisuus myös tavoitteiden uudelleen arvioimiseen ja niiden mahdolliseen muuttamiseen.

Seuraukset sairaaloiden alijäämän karttumisesta vaihtelivat maittain. Norjassa sairaaloiden alijäämät kertyvät, ja vaikuttavat sairaaloiden investointimahdollisuuksiin. Ruotsissa seuraukset sairaaloiden alijäämistä vaihtelevat eri maakäräjissä. Joissain maakäräjissä sairaalat vapautuvat alijäämistä kun taas toisissa maakäräjissä sairaaloiden tulee maksaa alijäämä takaisin tietyn ajan kuluessa. Tanskassa sairaaloiden tulee kattaa alijäämä esimerkiksi säästöillä. Suomessa alijäämiä kartuttaneiden sairaaloiden täytyy pienentää kuluja esimerkiksi vähentämällä sijaisten määriä. Suomessa sairaanhoitopiireillä on myös mahdollisuus kuntalaskutuksessa käytettyjen palveluhintojen muuttamiseen.

Mahdollisuus muuttaa hintoja kesken vuoden antaa teoriassa sairaanhoitopiireille motiivin toimia tehotomasti: nostaa kustannuksia ja laskea tuotettujen toimintojen määriä. Koska suomalaiset sairaalat kuitenkin tutkimusten mukaan toimivat tehokkaammin kuin muiden Pohjoismaiden sairaalat, saa jokin sairaalat olemaan toimimatta edellä kuvatulla tavalla. Yhtenä mahdollisena syynä suomalaisten sairaaloiden tehokkaaseen toimintaan on pidetty sairaaloiden ja niiden rahoittajatahon läheisyyttä. Kunnallisveroilla rahoitetun terveydenhuollon päättäjien tulee vastata toimistaan paikallisille poliittisille päättäjille. Vaihtoehtoiset kohteet terveydenhuoltoon käytetyille varoille ovat hyvin konkreettisia paikallistasolla, jossa jokainen terveydenhuoltoon käytetty euro on euro, jota ei ole käytetty esimerkiksi peruskoulutukseen.

Kaikissa tarkastelluissa maissa sairaaloilla oli ollut alijäämiä viimeisen kolmen vuoden aikana. Sairaaloiden omistajat puuttuvat eri maissa alijäämiin erilaisin toimenpitein. Yhteistä kaikille neljälle maalle kuitenkin on, että sairaaloiden alijäämiin pyritään puuttumaan niin, ettei palvelujen tuotantoon vaikutettaisi. Tavoitteista jäämiseen liittyvistä rangaistusmahdollisuuksista Norjassa ja Tanskassa mainittiin mahdollisuus sairaalan johtoon kohdistuviin sanktioihin, kun taas Suomessa ja Ruotsissa mahdollisia sanktioita ei juurikaan raportoitu.

5 Sairaaloiden sijainti ja toiminnot

Terveydenhuollon järjestämistä suunniteltaessa on otettava huomioon useita eri näkökulmia. Palveluiden tulisi esimerkiksi olla mahdollisimman helposti saatavilla, niiden tulisi olla laadukkaita ja ne tulisi tuottaa mahdollisimman taloudellisesti. Tehtäessä päätöksiä sairaaloiden sijainnista ja toiminnoista maantiede ja asutus on tärkeää ottaa huomioon. Ne vaikuttavat siihen, millaisia ratkaisuja terveystalouksia järjestettäessä on haluttujen lopputulosten saavuttamiseksi tehtävä. Pohjoismaiden maantiedettä ja asutuksen rakennetta on kuvattu luvussa 2.1 ja terveydenhuollon järjestämistä kussakin maassa luvussa 2.2.

Sairaalapalveluiden keskittymistä yhä suurempiin palveluyksiköihin perustellaan yleensä taloudellisilla seikoilla sekä sairaalapalveluiden laadulla. Usein katsotaan, että suuremmissa yksiköissä voidaan saavuttaa toimintojen keskittymisestä syntyviä taloudellisia etuja sekä tuottaa laadukkaampia palveluita. Hajauteumman, pienemmistä sairaaloista koostuvan rakenteen etuina taas pidetään palveluiden läheisyyttä ja helpompaa saavutettavuutta.

Myös sairaaloiden rakenteeseen ja maantieteelliseen sijaintiin liittyvät tekijät voivat vaikuttaa Pohjoismaiden välisiin eroihin sairaaloiden kustannustasossa ja tuottavuudessa. Tässä luvussa tarkastellaan, onko Pohjoismaiden välillä selkeitä eroja sairaaloiden rakenteessa ja sijoittumisessa, ja jos eroja on, voisivatko ne selittää eroja maiden kustannustasossa ja tuottavuudessa.

5.1 Somaattiset sairaalat

Viime vuosina sairaalapalveluita on kaikissa Pohjoismaissa keskitetty yhä suurempiin yksiköihin. Jos sairaala aikaisemmin oli useimmiten yhteen tai muutamaan hyvin lähellä toisiaan sijaitsevaan rakennukseen keskittynyt laitos, voivat uudet hallinnolliset sairaalat koostua useista, maantieteellisesti hyvinkin erillään toisistaan sijaitsevasta sairaalarakennuksesta. Esimerkiksi Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan (Hyks), ovat vuodesta 2006 lähtien kuuluneet Helsingin Meilahden ja Töölön sairaala-alueiden sairaaloiden lisäksi myös Jorvin sairaala Espoossa sekä Peijaksen sairaala Vantaalla. Yhteensä Hyksin sairaanhoitoalueeseen kuuluu tällä hetkellä pari kymmentä sairaalaa, jotka sijaitsevat Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla.

Norjassa ja Tanskassa on viimeisen vuosikymmenen aikana uudistettu maiden terveydenhuoltojärjestelmiä. Erikoissairaanhoidon hallintovastuu on keskitetty muutamille suurille alueille ja sairaaloita on yhdistetty hallinnollisesti suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Norjassa maakuntien sairaalat yhdistettiin terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksessa alueelliseksi terveysalan yrityksiä. Myös Suomessa ja Ruotsissa sairaaloita on yhdistetty suuremmiksi hallinnollisiksi ja toiminnallisiksi yksiköiksi, mutta toisin kuin Norjassa ja Tanskassa, sairaaloiden yhdistämisiä ei ole johdettu kansalliselta tasolta, vaan sairaanhoitopiirit ja maakäräjät ovat voineet tehdä päätökset sairaalarakenteen muuttamisesta itsenäisesti. Tästä syystä Suomessa ja Ruotsissa eri sairaanhoitopiirien/maakäräjien välillä on suuria eroja sairaanhoitopalveluiden keskittämässä.

Terveydenhuollon yksiköiden keskittämisellä suuremmiksi toiminnallisiksi ja hallinnollisiksi yksiköiksi tavoitellaan usein suurempiin tuotantoyksiköihin liitettyjä mittakaava- ja keskittämisetuja. Mittakaavaedulla viitataan suurista tuotantomääristä saataviin hyötyihin ja keskittämiseduilla etuihin, joita saadaan, kun samoilla tuotantovälineillä tuotetaan paljon erilaisia palveluita. Taloudellisten hyötyjen lisäksi keskittämisestä ajatellaan olevan hyötyä myös käytännön hoitotoiminnassa erityisesti harvinaisten tai erittäin erikoistunutta hoitoa vaativien tapausten kohdalla. Kun suurempien maantieteellisten alueiden toimintoja suunnitellaan keskitetysti, on mahdollista myös jakaa tehtäviä toimijoiden kesken parhaiten soveltuvalla tavalla. Toisaalta tutkimusten (esim. Kristensen ym. 2010) mukaan terveydenhuollon keskittäminen ei välttämättä tuota mittakaava- ja keskittämisetuja odotetulla tavalla. Esimerkiksi Suomen hajautetusti järjestetty erikoissairaanhoito on tutkimusten (esim. Kittelsen ym. 2009) mukaan Pohjoismaiden tehokkain.

5.1.1 Pohjoismaiden sairaalajärjestelmien yleinen rakenne

Luvussa 2 on kuvattu pääpiirteissään Suomen, Ruotsin, Tanskan ja Norjan terveydenhuoltojärjestelmät. Taulukossa 7 kuvataan tarkemmin erikoissairaanhoidon sairaalarakennetta Pohjoismaissa.

Taulukko 7. Pohjoismaiden sairaalat

	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska
Hallinnolliset sairaalat (kpl)	n. 35-36	n. 60-65	20 alueellista terveysalan yritystä, joissa akuuttitoimintoja	n. 26, joissa akuuttitoimintoja
Maantieteelliset erilliset sairaalat (kpl)	Sairaalat, joissa on akuuttitoimintoja, eivät muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta ole järjestäytyneet sairaalaryhmiksi Sairaanhoitopiirien sairaaloiden lisäksi on muutamia kunnallisia sairaaloita ² , joista joissain on akuuttitoimintoja	Maakäräjien välillä on eroja sairaalalaveldien järjestämisessä Joillain maakäräjillä/alueilla on sairaaloita, joilla on valmiudet vähemmän vakavien akuuttitapausten hoitamiseen	52 erillissairaala, joissa akuuttitoimintoja	Sairaalat on järjestetty sairaalaryhmiksi, jotka koostuvat yleensä akuuttisairaalaista, ja muutamista pienemmistä sairaaloista, joissa esim. kuntoutuspalveluita ja tapaturmaklinikoita
Synnytysosastot (kpl)	n. 26 synnytysraalaa (Hyks laskettu yhdeksi sairaalaksi)	n. 49 synnytysosastoa	48 synnytysosasto, joista neljässä vain rajoitetut kirurgiset valmiudet	n.23 synnytysosastoa
Akuuttitoimintojen väestövastuualueet (kpl)	n.39 akuuttitoimintojen väestövastuualueita	n. 66 akuuttitoimintojen väestövastuualueita	n.49 akuuttitoimintojen väestövastuualueita	n.30 akuuttitoimintojen väestövastuualueita

Norjan hallinnolliset sairaalat eli alueelliset terveysalan yritykset koostuvat yleensä 1-3 akuuttisairaalaista, joista suurimmassa osassa on myös synnytysosasto. Tanskassa hallinnolliset sairaalat koostuvat tavallisimmin yhdestä akuuttisairaalaista sekä useista sairaaloista, joissa toimii esimerkiksi kuntoutusyksiköitä ja vähemmän vakaviin tapauksiin erikoistuneita tapaturmaklinikoita.

Ruotsissa erikoissairaanhoidon järjestämisestä on vastuussa 21 maakäräjää. Näistä kolmessa tiheimmin asutussa on useita sairaaloita ja näistä kahdessa sairaalat ovat suurelta osin järjestäytyneet sairaalaryhmiksi. Tiheään asutuilla alueilla on myös useita vähäisemmin toiminnon varustettuja sairaaloita, joissa on esimerkiksi valmiudet vähemmän vakavien akuuttitapausten hoitamiseen.

Suomessa erikoissairaanhoidon järjestävät 20 sairaanhoitopiiriä. Joissain sairaanhoitopiireissä on useita sairaaloita, mutta useimmissa sairaaloita on vain yksi tai kaksi. Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta (esim. Hyks Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä) sairaalat eivät ole järjestäytyneet useista sairaaloista koostuviksi hallinnollisiksi sairaaloiksi. Suomessa myös potilaat, jotka eivät enää tarvitse erikoissairaanhoidon palveluita, voivat käyttää perusterveydenhuollon vuodepaikkoja. Vastaavia, erikoissairaanhoidon

² Kunnallisilla sairaaloilla tarkoitetaan tässä perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon tarjoamia yksiköitä.

don resursseja säästäviä toimia ei ole muissa Pohjoismaissa. Sairaanhoidopiirien omistamien sairaaloiden lisäksi joidenkin sairaanhoidopiirien alueella toimii kunnallisia sairaaloita, joissa on myös joitakin erikoissairaanhoidon akuuttipalveluita.

Synnytysosastojen lukumäärien suhteen Norjan sairaalajärjestelmä vaikuttaa olevan kaikkein hajaute-
tuin: maassa on 48 synnytysosastoa. Ruotsissa synnytysosastoja on suunnilleen yhtä paljon, mutta asukkai-
ta Ruotsissa on huomattavasti enemmän kuin Norjassa. Suomessa, jossa asukkaita on suunnilleen yhtä
paljon kuin Norjassa, synnytysosastoja on 26. Myös akuuttitoimintojen väestövastuualueita tarkasteltaessa
näyttävät sairaanhoidon toiminnot Norjassa olevan kaikkein hajautetuimmat. Norjassa akuuttitoimintojen
väestövastuualueita on noin 49, kun niitä on Suomessa 39. Tanska eroaa maantieteeltään ja väestöltään
muista Pohjoismaista niin paljon, että sen synnytysosastojen ja väestövastuualueiden lukumääriä on vaikea
verrata muihin maihin.

Pohjoismaiden sairaalajärjestelmiä tarkasteltaessa voidaan nähdä, että toisaalta Norja ja Tanska ja toi-
saalta Suomi ja Ruotsi muistuttavat sairaalajärjestelmiltään paljon toisiaan. Sekä Norjassa että Tanskassa
vastuu erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä on annettu maantieteellisesti laajoille alueille, ja
sairaalat ovat pääosin järjestäytyneet sairaalaryhmiksi. Suomessa ja Ruotsissa vastuu erikoissairaanhoidon
järjestämisestä on vähemmän keskitetty ja sairaalarakenteen ratkaisut ovat vaihtelevampia.

5.2 Akuuttitoiminnot ja väestöpohja

Terveydenhuollon akuuttitoimintojen, akuuttisairaaloiden sekä ensihoidon palveluiden, tehtävänä on var-
mistaa, että yllättävissä sairaus- tai tapaturmatilanteissa tarvittava hoito on saatavilla mahdollisimman pian.
Akuuttitoimintojen saatavuuteen vaikuttavat niin sairaaloiden sijainti ja valmiudet erilaisiin toimintoihin
kuin ensihoidon saatavuuskin. Tässä tarkastellaan akuuttisairaaloiden sijaintia, toimintoja sekä niiden pal-
velemaa väestöpohjaa Pohjoismaissa.

Akuuttisairaaloiksi tässä tutkimuksessa on määritelty sairaalat, joiden toimintoihin kuuluu vähintään
virka-ajan päivystys sisätaudeissa. Suomessa akuuttisairaaloiksi määriteltiin myös joitain kunnallisia sai-
raaloita, jotka eivät kuulu sairaanhoidopiirien vastuulle. Ruotsissa on muutamia sairaaloita, joilla on vain
päivisin toimivia 'häätäkuuttitoimintoja'. Näille ei ole määritelty omia väestövastuualueita.

Tässä tutkimuksessa akuuttisairaaloiden väestövastuualueita kartoitettiin kysymällä sairaaloiden omista-
jille lähetetyillä lomakkeilla, miltä alueilta akuuttisairaaloiden potilaat pääosin tulevat. Suomessa esimerkik-
si kysyttiin potilaiden kotikuntia. Jotta väestövastuualueista saatiin mahdollisimman kattava kuva, täyden-
nettiin erityisesti Ruotsin tietoja julkisesti saatavilla olevista tietolähteistä. Haasteita tiedonkeruuseen sekä
akuuttisairaaloiden väestövastuualueiden muodostamiseen toivat myös perus- ja erikoissairaanhoidon väli-
nen yhteistoiminta, sillä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita vain erikoissairaanhoidon akuuttitoiminnoista.

5.2.1 Akuuttisairaaloiden väestöpohja

Norjassa ja Tanskassa vastuu erikoissairaanhoidosta on annettu muutamille alueille. Suomessa ja Ruotsissa
vastuu erikoissairaanhoidon järjestämisestä on halautetumpi. Käytännössä erikoissairaanhoidon järjestävät
Suomessa sairaanhoidopiirit, jotka ovat kuntien muodostamia kuntayhtymiä. Suurimmat erikoissairaanhoi-
dosta vastaavat alueet Suomessa (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri sekä Pirkanmaan ja Varsinais-
Suomen sairaanhoidopiirit) ja Ruotsissa (Skåne, Västra Gotaland ja Tukholma) vastaavat väestöpohjaltaan
Norjan alueita. Muuten Suomen sairaanhoidopiirit ja Ruotsin maakäräjätastaavat väestöpohjaltaan suunnil-
leen Norjan alueellisten terveysalan yritysten ja Tanskan sairaalaorganisaatioiden väestöpohjia.

Neljästä vertaillusta maasta Tanska poikkeaa pinta-alaltaan ja väestömäärältään kolmesta muuta maasta.
Tanska on muita huomattavasti pienempi ja tiheimmin asuttu maa, jossa väestö on sijoittunut suhteellisen
tasaisesta maan kaikkiiin osiin. Tosin pääkaupunki Kööpenhaminan ympäristössä on asukkaita hiukan ti-
heämmässä kun maan muissa osissa. Suomi, Ruotsia ja Norja taas ovat pohjois-etelä –suunnassa pitkiä
maita, joissa väestö on keskittynyt maan eteläosiin. Kaikkien kolmen maan pohjoisosissa on suuria, har-
vemmin asuttuja alueita.

Akuuttisairaallalla voi olla useampia erilaisia väestövastuualueita. Sairaala voi palvella paikallista väes-
töä yleisissä akuuttitilanteissa ja toisaalta sillä voi samaan aikaan olla erikoistuneimmissa akuuttitilanteissa

vastuu huomattavasti suuremman maantieteellisen alueen väestöstä. Esimerkiksi Suomen yliopistosairaalat voivat toimia yleisissä akuuttitilanteissa sairaalana lähialueiden asukkaille, mutta vakavammissa tapauksissa niiden akuuttitoimintojen vastuualue on lähialueita laajempi.

Taulukoissa 8 ja 9 on esitetty perustietoja akuuttisairaaloiden väestövastuualueista.

Taulukko 8. Akuuttisairaaloiden väestövastuualueet.

Maa	Väestöalueiden lukumäärä	Väestömäärän keskiarvo	Väestömäärän mediaani	Väestömäärän minimi	Väestömäärän maksimi
Tanska	30	183 715	166 380	42 659	518 574*
Suomi	39	136 505	89 965	16 597	1 104 275**
Norja	49	101 237	51 326	12 000	576 197
Ruotsi	66	141 525	96 558	19 328	955 258*

* Pääkaupunkialue on laskettu yhdeksi väestövastuualueeksi, vaikka alueella olisi useita sairaaloita.

**Hyks (ml. Jorvin ja Peijaksen sairaalat) vastaa koko pääkaupunkiseudun ja sen ympäristön akuuttitoiminnoista. Helsingin väkiluku on 584 000.

Taulukosta 8 nähdään, että keskimäärin suurin väestöpohja akuuttisairaaloilla on Tanskassa ja pienin Norjassa. Tanska on muita maita huomattavasti tiheimmin asuttu, joten sen akuuttisairaaloiden suuret vastuuväestön määrät eivät ole yllättäviä. Norjalaisten akuuttisairaaloiden pienet vastuuväestöt taas viittaavat siihen, että Norjassa akuuttisairaalat on sijoitettu hajautetummin kuin esimerkiksi Suomessa, sillä Suomen ja Norjan väestömäärä ja pinta-ala vastaavat melko hyvin toisiaan. Suomessa ja Ruotsissa akuuttisairaaloiden väestöpohjat on suunnilleen samansuuruiset.

Taulukko 9. Akuuttisairaaloiden väestövastuualueet jaoteltuina väestömäärän mukaan

Väestömäärä	Väestövastuualueiden lukumäärä				Väestövastuualueet prosentteina kaikista väestövastuualueista			
	Tanska	Suomi	Norja	Ruotsi	Tanska	Suomi	Norja	Ruotsi
alle 50000	2	12	23	13	7	31	47	20
50 001-100 000	4	11	9	20	13	28	18	30
100 001-200 000	10	10	11	23	33	26	22	35
200 001-400 000	13	5	4	6	43	13	8	9
yli 400 000	1	1	2	4	3	3	4	6
Yht.	30	39	49	66	100	100	100	100

Taulukossa 9 akuuttisairaaloiden väestövastuualueet on jaettu ryhmiin väestömäärän mukaan. Taulukosta voidaan nähdä, että Tanskassa on huomattavasti vähemmän alle 100 000 hengen väestövastuualueita kuin muissa maissa. Kun otetaan huomioon Tanskan tiheä väestörakenne, tulos ei ole yllättävä. Yli 100 000 hengen väestövastuualueita on Tanskassa 79 prosenttia, Suomessa 42 prosenttia, Norjassa 34 prosenttia ja Ruotsissa 50 prosenttia väestövastuualueista. Eniten alle 50000 asukkaan väestövastuualueita on Norjassa, jossa tällaisia alueita on lähes puolet kaikista väestövastuualueista. Erikoissairaanhoidon akuuttitoiminnot vaikuttavat olevan kaikkein hajanaisimmin sijoitetut Norjassa.

5.2.2 Matka-aika akuuttisairaalaan

Tutkimuksessa tarkasteltiin sairaaloiden akuuttitoimintojen sijoittumista ja saavutettavuutta myös potilaiden ja sairaalan välimatkan taittamiseen kuluvan ajan näkökulmasta.

Ajalliset etäisyydet on laskettu akuuttisairaaloiden väestövastuualueeseen kuuluvien kuntien keskusten ja sairaalan sijaintikunnan keskuksen välille. Tästä syystä kaikille saman kunnan asukkaille saadaan sama matka-aika. Matka-aikoja laskettaessa on otettu huomioon alueiden maantieteeseen ja rakenteeseen liittyviä tekijöitä, esimerkiksi alueiden asutusrakenne sekä alueiden koko. Arvioitaessa eri matka-ajan päässä asuvien osuuksia on kuntien asukasmäärät otettu huomioon. Keskimääräisiksi matka-ajoiksi akuuttisairaalaan on näin laskien arvioitu Ruotsissa 21 minuuttia, Suomessa 25 minuuttia ja Norjassa 31 minuuttia. Koska Tanska poikkeaa maantieteeltään ja asutusrakteeltaan niin paljon muista Pohjoismaista, sitä ei ole otettu mukaan matka-aika arvioihin.

Taulukossa 10 on esitetty eri matka-aikojen päässä akuuttisairaaloista sijaitsevien väestö-alueiden osuudet. Kuntien matka-ajat on painotettu niiden asukasmäärillä. Sairaalan sijaintikunnan asukkaille on annettu 10 minuutin matka-aika.

Taulukko 10. Matka-aika väestöalueilta akuuttisairaalaan.

Maa	Väestöalueet	Matka-aika (min.) / alueiden määrä (%)					
		0-30 min	31-60 min	61-90 min	91-120 min	yli 120 min	Yhteensä
Suomi	39	77	21	3	0	0	100
Norja	49	33	47	14	2	4	100
Ruotsi	66	80	18	2	0	0	100
Yhteensä	154	64	28	6	1	1	100

Ruotsissa yli 80 prosenttia väestöalueista sijaitsee korkeintaan puolen tunnin matkan päässä akuuttisairaalaan. Suomessa luku on lähes yhtä korkea. Norjassa näin lähellä akuuttisairaalaan sijaitsee vain 33 prosenttia väestöalueista. Norjassa 80 prosenttia alueista sijaitsee korkeintaan tunnin matkaan päässä akuuttisairaalaan, kun Suomessa ja Ruotsissa yli 90 prosenttia väestöalueista sijaitsee korkeintaan tunnin matkan päässä akuuttisairaalaan. On huomattava, että koska akuuttisairaaloiden väestöalueet voivat olla hyvin erikokoisia, alueiden prosenttiosuudet eivät sellaisenaan suoraan kuvaa väestön osuuksia matka-ajoista.

Kaikissa kolmessa maassa väestöalueet, joista on akuuttisairaalaan pisin matka-aika, sijaitsevat maan pohjoisosissa. Suomessa ja Ruotsissa pohjoisten alueiden asukkaista suurempi osa asuu kuitenkin akuuttisairaalan sijaintikunnassa, mikä lyhentää laskennallista matka-aikaa sairaalaan. Esimerkiksi puolet Rovaniemen sairaalan väestövastuualueen väestöstä asuu Rovaniemellä, ja Ruotsin pohjoisissa lääneissä yli 70 prosenttia väestöstä asuu sairaalan sijaintikunnassa. Norjan pohjoisessa Finnmarkissa taas vain noin 20 prosenttia väestöstä asuu akuuttisairaalan sijaintikunnassa.

Jos akuuttisairaaloiden sijaintikunnat jätetään pois matka-aikatarkasteluista, alueiden, joilta akuuttisairaalaan on alle puolen tunnin matka, osuus vähenee. Taulukossa 11 on esitetty eri matka-aikojen päässä akuuttisairaalaan sijaitsevien väestöalueiden prosenttiosuudet. Taulukosta 10 poiketen taulukossa 11 sairaaloiden sijaintikunnat eivät ole mukana tarkastelussa.

Taulukko 11. Matka-aika väestöalueilta akuuttisairaalaan. Sairaalan sijaintikunta ei mukana.

Maa	Väestöalueet	Matka-aika (min.) / alueiden määrä (%)					
		0-30 min	31-60 min	61-90 min	91-120 min	yli 120 min	Yhteensä
Suomi	36	39	56	3	0	3	100
Norja	48	10	46	19	13	13	100
Ruotsi	61	31	52	11	5	0	100
Yhteensä	145	26	51	12	6	5	100

Sairaaloiden sijaintikuntien jättäminen pois matka-aikatarkasteluista vähentää odotetusta lyhimpien ajallisten etäisyyksien päässä (alle 30 minuuttia) sijaitsevien alueiden osuutta. Alle tunnin matka-ajan päässä akuuttisairaalaan on Suomessa ja Ruotsissa edelleen yli 80 prosenttia väestöalueista, mutta nyt suurempi osa alueista sijaitsee yli puolen tunnin matkan päässä akuuttisairaalaan. Myös Norjassa yli puolet alueista sijaitsee alle tunnin päässä akuuttisairaalaan, mutta vain 10 prosenttia alueista sijaitsee alle puolen tunnin matkan päässä.

Eri matka-aikojen päässä akuuttisairaaloista sijaitsevien väestöalueiden osuudet eivät suoraan kerro väestömäärien matka-ajoista akuuttisairaalaan. Taulukossa 12 on esitetty prosentteina Pohjoismaiden väestön sijoittuminen eri matka-aikojen päähän akuuttisairaaloista.

Taulukko 12. Väestön osuus eri matka-aikojen päässä akuuttisairaalaan.

Maa	Asukasluku	Väestön osuus akuuttisairaalan sijaintikunnassa	Matka-aika (min.) / väestön osuus (%)				
			0-30 min	31-60 min	61-90 min	yli 90 min	Yhteensä
Suomi	5 323 693	51	77	15	5	2	100
Norja	4 960 622	47	72	15	7	6	100
Ruotsi	9 327 702	63	78	18	3	1	100
Yhteensä	19 612 017	56	76	17	5	3	100

Kaikissa tarkastelluissa maissa noin puolet väestöstä asuu akuuttisairaalan sijaintikunnassa. Suomessa ja Ruotsissa yli 90 prosenttia väestöstä asuu korkeintaan tunnin matkan päässä akuuttisairaalaan ja Norjassa vastaava luku on lähes 90 prosenttia. Jos tarkastelun ulkopuolelle jätetään akuuttisairaaloiden sijaintikuntien asukkaat, alle puolen tunnin matkan päässä akuuttisairaalaan asuvien määrä laskee kaikissa maissa. Alle tunnin matkan päässä akuuttisairaalaan asuu tässä tarkastelussa Suomessa ja Ruotsissa yli 80 prosenttia väestöstä. Norjassa alle tunnin matkan päässä akuuttisairaalaan asuu yli 70 prosenttia väestöstä. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Väestön osuus eri matka-aikojen päässä akuuttisairaalaan. Sairaalan sijaintikunnan asukkaita ei mukana.

Maa	Asukasluku (akuuttisairaaloiden sijaintikunnan väestö ei mukana)	Matka-aika (min.) / väestön osuus (%)				
		0-30 min	31-60 min	61-90 min	yli 90 min	Yhteensä
Suomi	2 606 744	53	32	10	6	100
Norja	2 615 932	47	28	13	12	100
Ruotsi	3 489 776	50	39	8	2	100
Yhteensä	8 712 482	50	34	10	6	100

5.3 Muita esiin nousseita eroja

Tutkimuksessa kartoitettiin myös muita terveydenhuoltojärjestelmien eroja, jotka voivat vaikuttaa Pohjoismaiden välisiin tuottavuuseroihin erikoissairaanhoidossa.

5.3.1 Ensihoidon palvelut

Sairaanhoidon akuuttitoimintoihin kuuluvat akuuttisairaaloiden lisäksi myös ensihoidon palvelut, joten akuuttisairaanhoidon tarkasteltaessa tulisi sairaaloiden lisäksi ottaa huomioon myös ensihoito. Ensihoitoon kuuluu keskeisenä osana sairaankuljetus, jota tutkimuksessa pyrittiin tarkastelemaan kyselylomakkeella kerättyjen tietojen lisäksi tilastojen ja rekisterien avulla. Ensihoitoon liittyvien tietojen kohdalla saatiin Norjan ja Tanskan kohdalta kerättyä kattava aineisto, mutta Suomen ja Ruotsin kohdalla tiedot jäivät osittain puutteellisiksi.

Pieni ja tiheään asuttu Tanska erottui muista Pohjoismaista tarkasteltaessa ambulanssien ja väestön määrän suhdetta. Tanskassa väestömäärä ambulanssia kohden oli korkeampi kuin muissa maissa. Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa taas ambulanssien ja väestön suhteessa vaikuttaisi olevan selkeä maantieteellinen ulottuvuus: etelässä ambulansseja kohden oli kaikissa kolmessa maassa enemmän ihmisiä.

5.3.2 Elektiivinen kirurgia

Pohjoismaiden välisiä eroja haluttiin tutkimuksessa hahmottaa myös tarkastelemalla elektiivisen kirurgian keskittämistä eri maissa. Tarkasteluun otettiin muutamia toimenpiteitä, joiden potilasmäärät kaikissa maissa ovat suhteellisen suuria. Norjan ja Tanskan kohdalla saatiin kyselylomakkeilla kerättyä kattavat tiedot siitä, missä sairaaloissa toimenpiteitä tehtiin. Suomen ja Ruotsin tietoja täydennettiin saatavilla olevista rekisteritiedoista.

Pallolaajennuksia (PCI) tehtiin Suomessa ja Ruotsissa hajautetummin kuin Norjassa ja Tanskassa. Norjassa ja Tanskassa pallolaajennukset oli keskitetty suuriin sairaaloihin. Lonkan tekonivelleikkauksia taas suoritettiin kaikissa neljässä maassa melko hajautetusti niissä sairaaloissa, joissa oli ortopedian erikoisalan toimintaa.

5.3.3 Alueiden ja sairaaloiden välinen yhteistyö

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös sairaaloiden tekemää yhteistyötä. Norjassa erikoissairaanhoidosta vastuussa olevat alueet tekevät jonkin verran yhteistyötä hallinnollisissa asioissa, mutta kliinisissä ja ei-kliinisissä palveluissa alueiden rajat ylittävää yhteistyötä tehdään vain vähän. Tanskassa alueiden välillä on jonkin verran yhteistyötä niin hallinnollisissa asioissa kuin kliinisissä ja ei-kliinisissä palveluissakin.

Suomessa ja Ruotsissa sairaanhoitopiirien ja maakäräjien välillä on huomattavasti enemmän yhteistyötä kuin Norjan ja Tanskan alueiden välillä. Tämä johtuu varmasti ainakin osittain siitä, että Norjassa ja Tans-

kassa erikoissairaanhoidon omistaminen on keskitetty huomattavasti suuremmille yksiköille kuin Suomessa ja Ruotsissa. Vastaukset saattavat heijastaa myös sitä, että sairaanhoitopiirien ja maakäräjien sairaalat toimivat joissain tapauksissa hiukan vastaavilla tavoilla kuin Norjan ja Tanskan useista sairaaloista koostuvat sairaalaorganisaatiot.

Suomessa ja Ruotsissa vastuu erityistason hoidosta on jaettu vastaavasti viidelle ja kuudelle alueelle. Näillä alueilla yhteistyö keskittyy lähinnä vain erittäin vaativan hoidon järjestämiseen, eikä alueita voi verrata Norjan ja Tanskan erikoissairaanhoidosta vastuussa oleviin alueisiin, jotka ovat keskeisiä erikoissairaanhoidon sairaaloiden ohjaamisessa.

5.3.4 Yksityisten palveluntarjoajien rooli

Yksityisten terveydenhuoltopalveluiden roolia kartoittavaan osioon saatiin kattavat tiedot Norjasta ja Tanskasta, mutta Suomen ja Ruotsin kohdalla vastauksissa oli puutteita. Tästä syystä varsinkin Ruotsin tietoihin täytyy suhtautua varauksella. Erityisesti vuodeosastohoidossa yksityisiä terveydenhuollon palvelujen käyttö on kaikissa Pohjoismaissa vähäistä. Poliklinikkahoidon ja päiväkirurgian kohdalla maiden välillä on jonkin verran eroja.

Norjassa julkinen sektori ostaa yksityisiltä palveluntarjoajilta erityisesti poliklinikkahoidon ja päiväkirurgian palveluita välttääkseen pitkiä jonotusaikoja hoitoon pääsystä. Viime vuosina yksityissairaaloiden käyttö on kuitenkin laskenut jonkin verran. Tanskassa vuonna 2007 toteutetun terveydenhuollon kokonaisuudistuksen jälkeen potilailla on ollut mahdollisuus hakea hoitoa yksityiseltä sektorilta, jos julkinen sektori ei voi tarjota hoitoa kuukauden kuluessa. Uudistuksen käyttöönoton jälkeen yksityisten terveydenhuollon palveluntarjoajien käyttö on kasvanut Tanskassa huomattavasti.

Suomessa ja Ruotsissa sairaanhoitopiirien ja maakäräjien välillä on huomattavasti enemmän vaihtelua yksityisten palveluntarjoajien käytössä. Ruotsissa erityisesti alueilla, jossa käytössä on järjestelmä, jossa potilas voi valita hoidon tarjoajan itse julkisten ja julkisen sektorin kanssa sopimuksen tehneiden yksityisten palveluntarjoajien joukosta, yksityisen sektorin palveluntuottajia käytetään melko paljon.

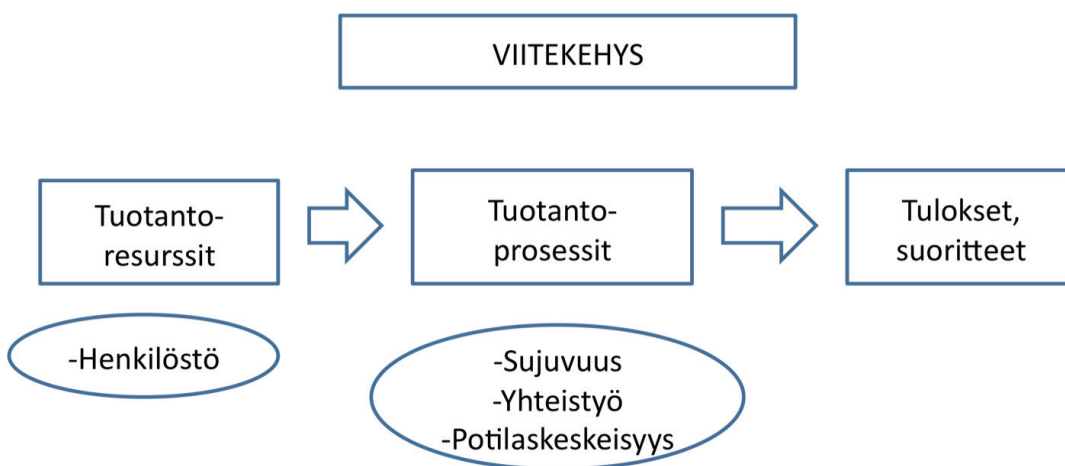
Suomessa julkinen sektori on käyttänyt erikoissairaanhoidon hoitoaikajonojen purkuun yksityiseltä sektorilta ostettuja palveluita. Potilaat voivat myös itse hakeutua yksityissektorille hoitoon, jolloin julkinen sektori korvaa osan kustannuksista Kansaneläkelaitoksen kautta. Joillain kunnilla on käytössä palvelusetelitä, joilla potilaat voivat ostaa palveluita yksityiseltä sektorilta.

6 Sairaaloiden tuottavuuden vaihtelua selittäviä tekijöitä haastattelututkimuksen valossa

Kvalitatiivisella tutkimuksella, jossa haastateltiin avainhenkilöitä kahdesta keskussairaalaista tai vastaavan tasoisesta yksiköstä jokaisesta Pohjoismaasta, pyrittiin valottamaan sairaaloiden ja maiden välisiä eroja hoitokäytännöissä ja hoidon organisoinnissa. Tarkasteltaviksi valittiin kolme suurta diagnosoiryhmää: keuhkohtaumatauti, lonkkamurtumat ja lonkan tekonivelleikkaukset. Sairaaloiden valintakriteerit olivat yhteneväiset kaikissa maissa muun muassa sairaaloiden koon ja toiminnan profiilin suhteen. Koska kyseessä olivat sairaalakohtaiset tapaus-analyysit, tietoa valituista sairaaloista saatiin runsaasti, mutta se ei välttämättä ole edustavaa maiden kaikille keskussairaaloille. Haastatteluista kävi ilmi selkeitä eroja tutkimukseen osallistuneiden suomalaisten ja muiden pohjoismaalaisten sairaaloiden välillä. Jos erot ovat tyypillisiä maiden muillekin sairaaloille, ne voivat osaltaan selittää maiden välisiä eroja sairaaloiden kustannuksissa ja tuottavuudessa.

6.1 Tutkimuksen tarkoitus

Keväällä 2011 tehtyjen sairaaloiden avainhenkilöiden haastattelujen tarkoituksena oli syventää aiempien tilastovertailujen ja kyselytutkimuksen antamia tuloksia. Tutkimuksen lähtökohtina käytettiin aiemmin esitettyjä hypoteeseja tuottavuutta selittävästä tekijöistä tuotantoresursseissa ja -prosesseissa (kuvio 7).



Kuvio 7. Terveysthuollon tuottavuutta selittävät tekijät Street ym. 2010 mukaan.

Tutkimuksen päätarkoituksena oli syventää muilla metodeilla saatua kuvaa tuottavuuden vaihteluista ja luoda myös uusia hypoteeseja siitä, mitkä tekijät selittävät maiden välillä havaittuja eroja. Tässä tarkoituksessa pyrittiin valottamaan keskeisten potilasryhmien hoitokäytäntöjä ja niissä mahdollisesti esiintyviä vaihteluita. Lisäksi pyrittiin kuvaamaan potilasryhmien hoidon organisaatiota ja voimavaroja. Erityisesti haluttiin kiinnittää huomiota sairaaloiden henkilöstövoimavaroihin, sairaaloiden sisäiseen ja ulkoiseen yhteistyöhön sekä hoitoprosessien sujuvuuteen ja potilaskeskeisyyteen.

6.2 Materiaali ja haastattelumetodiikka

6.2.1 Valitut diagnoosiryhmät

Tutkimuksen kohteena oli kolmen diagnoosiryhmää: keuhkohtaumatauti, lonkkamurtumat sekä lonkan tekonivelleikkaukset. Nämä ryhmät valittiin, koska ne ovat kaikissa Pohjoismaissa kvantitatiivisesti merkittäviä ja koska niiden käyvän hoidon oletettiin eri maissa noudattavan varsin samankaltaisia lääketieteellisiä peruseriaatteita.

Vaikka tutkimus kohdennettiin vain kolmeen diagnoosiryhmään, ryhmien tarkastelun ajateltiin voivan heijastaa eroja hoitoprosesseissa ja hoidon organisaatiossa myös yleisemmällä tasolla. Keuhkohtaumatautia potevat potilaat on vahvasti kasvava ryhmä, jonka hoidossa ennaltaehkäisyllä ja tehokkaalla yhteistyöllä voidaan vähentää sairaalahoitajaksojen määrää ja pituutta. Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaalan välillä on siksi keskeisessä asemassa.

Lonkkamurtumapotilaat ovat yksi suurimmista kirurgisista potilasryhmistä, joiden hoito yleensä käsittää lyhyemmän akuutin ja pitemmän kuntoutusvaiheen. Jälkimmäinen voi olla vaativa, koska potilaat ovat usein monisairaita ja jo lähtötilanteessa toimintakyvyltään heikentyneitä. Yhteistyöllä perusterveydenhuollon kanssa on suuri merkitys potilaan kuntoutumisen ja jatkohoitotarpeen kannalta.

Lonkan tekonivelleikkaus on yksi yleisimmistä elektiivisen kirurgian toimenpiteistä, jonka jälkeen myöskin tarvitaan kuntoutusta, mutta kuntoutustarve on usein vähäisempää kuin murtumissa. Hyvin motivoitunut potilas, joka saa tukea myös läheisiltään, voi usein kotiutua suoraan leikkauksen tehneestä sairaalasta riippuen potilaan yleiskunnosta ja kuntoutusjärjestelyiden tehokkuudesta.

6.2.2 Haastattelut

Tutkimukseen valittiin kaksi keskussairaala tai vastaavan suuruusluokan sairaalaa kustakin vertailumaasta. Sairaaloiden johdon puoleen käännyttiin kirjallisesti selittäen tutkimuksen tarkoitus ja pyytäen mahdollisuutta suorittaa haastattelut kyseisessä sairaalassa sekä ehdotuksia sopiviksi haastatteluhenkilöiksi. Kaikki sairaalat, suomalaiset mukaan lukien, olivat lähtökohtaisesti halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Tanskalaisista sairaaloista ei kuitenkaan saatu ortopedian alan haastatteluja eikä toisesta ruotsalaisesta sairaalasta keuhkotautien hoitoon liittyviä haastatteluja tutkimuksen aikataulutuksen puitteissa.

Sairaalat ja haastatteluhenkilöt ovat tutkimuksessa ja sen raportoinnissa anonyymeja. Näin meneteltiin, jotta haastatteluhenkilöt voisivat olla avoimempia oman toimintansa vahvuuksien ja heikkouksien kuvaamisessa. Tutkijoiden vaikutelmaksi jäikin, että vastaajat suhtautuivat haastattelututkimukseen ja omaan osallistumiseensa hyvin positiivisesti.

Jokaisessa sairaalassa haastateltiin vähintään kahta kunkin diagnoosin hoidon kannalta keskeistä avainhenkilöä, yleensä ylilääkäriä, ylihoitajaa ja/tai osastonhoitajaa. Useimmat haastattelut teki norjalainen tutkijapari, mutta Suomessa norjalaisen haastattelijan tukena toimi suomalainen tutkija. Haastattelukielenä oli tällöin englanti, jota suomalainen tutkija tarvittaessa selvensi tai käänsi suomeksi.

Haastattelun pohjana oli semistrukturoitu haastatteluopas, jossa haastattelun teema-alueiksi oli määritelty:

- Tyypillisen potilaan polun kuvaaminen
- Työn organisointi, hoitoprosessin eri vaiheisiin kiinnitetty henkilöstö
- Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä
- Yhteistyö sairaalan sisällä: erikoisalajat/toimialat, henkilöstöryhmät
- Mahdolliset pullonkaulat kunkin potilasryhmän hoidossa

Haastatteluopas on käytännössä teemalista, jota käytetään muistin tukena takaamaan, että kaikki haastattelun kannalta olennaiset asiakokonaisuudet nostetaan esiin. Se ei kuitenkaan ole yksityiskohtainen kysymyslista, vaan tarkoituksena on antaa haastateltavan puhua omista lähtökohdistaan ja suunnata keskustelua asioihin, jotka hän kokee tärkeiksi. Kullekin haastattelulle oli varattu aikaa noin tunti, mikä riitti hyvin teema-alueiden ja muiden kysymysten läpikäymiseen.

6.3 Tulokset

Alla keskitytään yhteenvedonomaaisesti niihin tuloksiin, jotka voivat olla kiinnostavia vertailtaessa suomalaisia ja muita pohjoismaisia sairaaloita.

6.3.1 Keuhkohtaumatauti – terveyskeskusten vuodeosastot pienentävät välimatkaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä

Keuhkohtaumataudin osalta hoitokäytännössä raportoitiin paljon Pohjoismaille yhteisiä piirteitä. Yleisenä tavoitteena oli, että suurin osa potilasryhmän hoidosta pyritään toteuttamaan perusterveydenhuollossa, jolloin sairaalahoitoon valikoituvat vain akuutisti sairaat, huonokuntoiset potilaat (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD luokitus 3-4).

Erikoissairaanhoidon tehtäviksi määriteltiin ennen kaikkea taudin diagnosointi, joka tapahtui pääsääntöisesti polikliinisesti, sekä tarvittaessa hengitystuen valmistelu ja akuutti hoito (steroidit, suonensisäiset antibiootit, hengityksen tuki) silloin, kun potilaan tila on vakavasti heikentynyt. Potilaista, jotka tarvitsevat happihoitoa, voidaan erottaa kaksi ryhmää, non-invasiivista hoitoa tarvitsevat ja respiraattorihoitoa tarvitsevat potilaat. Jälkimmäinen ryhmä vaatii merkittäviä resursseja muihin verrattuna. Osa vaikeimmista potilaista sai myös hengityksen tukihoidoa kotioloissa.

Kynnys sairaalahoitoon vaikutti kaikissa haastatelluissa sairaaloissa korkealta, joskin jonkin verran eroa havaittiin niin maiden kuin yksittäisten sairaaloiden välillä. Vaihtelu sairaaloiden välillä liittyi osaksi potilaan muihin vaihtoehtoihin eli esimerkiksi siihen oliko lähistöllä myös vähemmän erikoistuneita hoitoyksiköitä kuin keskussairaalan keuhkotautien yksiköt.

Suomalaisten sairaaloiden osalta keuhkohtaumatautipotilaiden hoitoa helpotti terveyskeskusten omaksuma aktiivinen rooli sekä sujuva yhteistyö perusterveydenhuollon ja keskussairaalatason välillä. Erikoissairaanhoidajien merkitys perusterveydenhuollossa oli korostunut vertailussa muihin maihin, ja terveyskeskusten vuodeosastot pystyivät Suomessa hoitamaan myös sellaisia potilaita, jotka muualla olisivat todennäköisesti päätyneet keskussairaalahoitoon. Ruotsissakin terveyskeskusten henkilöstö on moniammatillista ja terveyskeskukset ovat kooltaan suurempia kuin Norjassa ja Tanskassa, mutta Ruotsin terveyskeskuksissa ei yleensä ole vuodepaikkoja. Kun terveydenhuollon järjestäminen on Ruotsissa maakäräjien vastuulla ja sosiaalipalvelut mukaan luettuna hoivatyö kuntien toimintaa, palveluiden sujuvuudessa syntyy helposti ongelmia silloin kun tukea tarvitsevaa potilasta ollaan kotiuttamassa erikoistason sairaalahoidosta.

Taulukko 14. Keuhkotautien osastojen (n=7) sairaansijojen ja henkilöstön lukumäärä.

	Tanska		Suomi		Norja		Ruotsi
	Sairaala 1	Sairaala 2	Sairaala 1	Sairaala 2	Sairaala 1	Sairaala 2	Sairaala 1
Sairaansijat	26	28	26	14 (27)	18	28	26
Yliääkärit	5 (2 sij.)	6	5	3 (5)	6	7	6
Muut lääkärit	4	6	1	2	4	10	6
Sairaanhoitajat	25	24	17	12	29	28	26
Perushoitajat	10	6	3	9	6	7	9
Hoitajia/sairaansija	1,34	1,07	0,77	0,78	1,94	1,25	1,34

Tarkastelluissa sairaaloissa oli melko samankokoiset keuhkotautien osastot, lukuun ottamatta toista suomalaista sairaalaa, jossa osaston vuodepaikkojen määrää oli äskettäin jouduttu vähentämään, lähinnä johtuen vaikeuksista rekrytoida keuhkotautien erikoislääkäreitä.

Niin Norjassa, Tanskassa kuin Ruotsissakin tuotiin esiin, että kaikkia keuhkohtaumapotilaita ei kapasiteetista huolimatta aina pystytä ottamaan keuhkotautien osastolle, vaan monet joutuvat sisätautiosastolle. Esitettiin epäilyjä siitä, että hoito muilla osastoilla ei ole yhtä laadukasta kuin keuhkotautien osastolla ja hoitajaksot voivat venyä pitemmiksi. Toisessa tanskalaisista sairaaloista tätä pidettiin merkittävänä laatuongelmana, ja sairaalasta raportoitiin korkeampia kuolleisuuslukuja keuhkohtaumapotilaille, jotka olivat joutuneet hoitoon muille osastoille kuin keuhkotautien osastolle.

Henkilöstön lukumäärässä oli melko suuria eroja eri sairaaloiden välillä. Ylilääkärien ja nuorempien lääkärien välinen suhde oli noin 50:50 muissa maissa paitsi Suomessa, missä kokemattomampia lääkäreitä oli suhteellisesti vähemmän. Tanskassa toisessa sairaaloista oli erikoislääkäripulan takia rekrytoitu kaksi sijaista Ruotsista, mitä pidettiin kuitenkin vähemmän toivottavana, väliaikaisena ratkaisuna mm. korkeiden kustannusten takia. Myös ruotsalainen sairaala raportoi rekrytointiongelmia, joiden syyksi arveltiin potilasmateriaalin raskaus ja erikoisalan suhteellisen matala status. Norjassa lääkäritilanne kuvattiin paremmaksi, mutta sielläkin kaivattiin lisää polikliinistä kapasiteettia. Heikoin rekrytointitilanne oli suomalaisissa sairaaloissa, joista molemmat kärsivät niin erikoislääkäripulasta kuin ongelmista rekrytoida nuoria lääkäreitä erikoisalan piiriin.

Myös sairaanhoitajien lukumäärät vaihtelivat sairaaloittain. Kaikissa haastatteluissa kävi ilmi toive rekrytoida erikoissairaanhoitajia, sillä erikoisosaamista pidettiin keskeisenä keuhkohtaumapotilaiden vaativassa hoidossa. Osassa Norjan ja Tanskan sairaaloista osastojen johto raportoi johtamisjärjestelmän ongelmista, joiden taustalla olivat eriytyneet linjaorganisaatiot lääkäri- ja hoitajataustaiselle henkilöstölle. Toisessa norjalaisista sairaaloista tätä ei kuitenkaan koettu ongelmaksi, vaan ammattikuntien välinen yhteistyö sujui hyvin. Myöskään Suomesta ei raportoitu yhteistyöongelmista, mutta hoitohenkilökuntaa oli lukumääräisesti huomattavasti vähemmän kuin muiden pohjoismaiden sairaaloissa. Kun eri maiden työaikasäädökset olivat varsin vertailukelpoiset, suomalaisissa sairaaloissa oli sairaansijaa ja samaa potilasryhmää kohden selkeästi vähemmän hoitohenkilökuntaa kuin muiden pohjoismaiden vertailusairaloissa.

Suomen erityispiirteenä nousi esiin terveyskeskusten vuodeosastojen toiminta. Näiden nähtiin pienentävän välimatkaa ja tasoittavan tietä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Hoitojärjestelmän vahvuutena nousivat esiin erikoissairaanhoitajat, jotka tukevat yhteistyötä ja perusterveydenhuollon toimintaa. Terveyskeskusten vuodeosastot hoitavat Suomessa ainakin jossain määrin potilaita, jotka muissa Pohjoismaissa hoidettaisiin keskussairaalatasolla. Näin vuodeosastot vähentävät sairaalaosastojen määrällistä kuormitusta. Erikoissairaanhoidon kannalta voidaan kuitenkin sanoa, että vaikka lukumäärällinen kuormitus pienenee, sairaalapotilaiden joukkoon valikoituu todennäköisesti keskimäärin vaikeampia potilaita kuin muissa Pohjoismaissa, koska lievemmät tapaukset meillä saavat hoitonsa terveyskeskusten toimesta.

Vaikka yhteistyö sairaaloiden ja terveyskeskusten välillä koettiin haastatteluissa periaatteessa hyväksi, ongelmana raportoitiin ajoittain ilmenevät pullonkaulat terveyskeskusten vuodeosastojen kapasiteetin vaihtelun seurauksena.

6.3.2 Ortopedia – henkilöstöresurssien puutetta, mutta toimivaa yhteistyötä

Suhteessa ortopedisten hoitopaikkojen lukumäärään suomalaisten sairaaloiden henkilöstövoimavarat olivat haastattelututkimukseen osallistuneiden pohjoismaisten sairaaloiden osalta niukimmat niin lääkärien kuin sairaanhoitajien suhteen. Molemmissa sairaaloissa koettiin olevan tarpeeksi sairaansijoja, mutta liian vähän osaavaa henkilökuntaa. Etenkin toisessa sairaalassa tämä oli johtanut lähes säännömukaisesti vastaanotto-toiminnan venymiseen iltapuhteille.

Tarkastelluissa suomalaisissa sairaaloissa ortopedinen toiminta oli järjestetty melko samankaltaisesti, ja kaksi tiimiä vuorotteli akuutin ja elektiiivisen toiminnan välillä. Etenkin toisessa sairaaloista oli ongelmia erikoislääkäreiden rekrytoinnissa, ja haastatteluhetkellä sairaalassa toimi viisi ortopedian erikoislääkäriä ja kaksi erikoistuvaa lääkärinä.

Työn organisointi oli suomalaisten haastateltujen mielestä pääsääntöisesti logistisesti sujuvaa ja, päinvastoin kuin Norjassa ja Ruotsissa, eri ammattiryhmien ja toimialojen välistä sairaalansisäistä yhteistyötä ei

nostettu missään asiassa ongelmaksi. Muista Pohjoismaista kuultiin esimerkkejä siitä, kuinka toimintojen eriyttäminen omiksi linjoikseen – esim. hoitotyö, päivystys, anestesiologia – oli tuonut mukanaan vaikeuksia hallita kokonaisuuksia, mikä oli mm. vaikeuttanut leikkaussalien tehokasta käyttöä.

Kysyttäessä kuinka nopeasti lonkkamurtumapotilas keskimäärin pääsevät leikkaukseen, suomalaiset sairaalat arvioivat tämän toteutuvan useimmiten 24 tunnin sisällä. Norjasta esitettiin tilastotietoja, joiden pohjalta useimmat potilaat leikataan 24 tunnissa ja 90 prosenttia potilaista 48 tunnissa. Ruotsissa, missä laatua ja viiveitä seurataan aktiivisimmin, toinen sairaaloista ilmoitti, että 57 prosenttia potilaista pääsee leikkaukseen 24 tunnissa. Toisessa ruotsalaisista sairaaloista viive oli keskimäärin 18 tuntia.

Lonkan tekonivelleikkaus on elektiivinen toimenpide, jonka lukumäärät ovat varsin suuria kaikissa Pohjoismaissa. Ehkä tästä johtuen myös hoitokäytännöt ennen leikkausta näyttäytyivät haastattelujen valossa selkeästi määritellyiltä ja samansuuntaisilta. Tavoitteena oli pääsääntöisesti ottaa potilas sisään sairaalaan vasta leikkauspäivän aamuna, mutta toteutumisteossa raportoitiin vaihtelua, jonka etenkin toisessa suomalaisessa sairaalassa sanottiin selittyvän mm. potilaiden yleiskunnolla ja maantieteellisillä etäisyyksillä. Vastaavassa tilanteessa Norjassa ja Ruotsissa potilailta oli tapana viettää leikkausta edeltävä yö potilashotellissa.

Tekonivelleikkauksesta toipuvien potilaiden kotiutuskäytännöissä raportoitiin vaihtelua eri maiden sairaaloiden välillä. Yhteisenä tavoitteena oli saada potilas sairaalasta suoraan kotiin ilman välivaiheita, jokaan tähän ei läheskään aina päästy. Suomalaisista sairaaloista toinen kotiutti 90 % potilaista 3-4 päivää leikkauksesta, toisesta raportoitiin, että noin puolet potilaista kotiutuu suoraan 5-6 päivän sisällä, loput menevät jatkohoitoon terveyskeskukseen. Norjassa ja Ruotsissa oli tavallista sijoittaa potilas potilashotelliin välittömästi sairaalajakson jälkeen. Parhaassa tapauksessa siirtyminen potilashotelliin toteutui 2-3 päivää leikkauksen jälkeen, ja hotellissa vietettiin 2 päivää ennen lopullista kotiutumista.

Jos jatkohoito katsottiin aiheelliseksi, Suomesta raportoitiin, että niin pian kuin potilas on stabiili, etsitään paikkaa terveyskeskuksen vuodeosastolta. Terveyskeskusten rajoitettu kapasiteetti on kuitenkin ajoittain pullonkaula. Vielä hankalampia pullonkauloja jatkohoitoa vaativille potilaille esiintyy haastattelujen mukaan Ruotsissa, missä kotiutus- ja kuntoutuspaikat vaihtelevat suuresti ja voivat olla joko kuntien tai maakäräjien vastuulla. Norjassa, jossa valtiolliset alueet vastaavat erikoissairaanhoidosta ja kunnat pitkäaikaissairaiden hoitopaikoista, tasojen välisen integraation puute katsottiin olennaiseksi ongelmaksi.

6.4 Pohdintaa

Haastattelumetodiikan yleisenä heikkoutena ja ongelmana myös tässä tutkimuksessa voidaan pitää sitä, että on vaativaa löytää suhteellisen vapaasta kvalitatiivisesta materiaalista yhteisiä teemoja ja nimittäjiä. Niin haastatteluhenkilöiden lausunnot kuin tutkijoiden tulkinnat pohjautuvat subjektiivisille käsityksille. On myös syytä huomioida, että koska yllä esitetyt kvantitatiiviset tiedot on haettu haastatteluista, niiden tarkkuusasteesta ei ole täyttä varmuutta. Haastatteluhenkilöt edustivat kuitenkin sairaaloidensa huippuosaamista niin kliinisestä kuin hallinnon näkökulmasta eikä ole syytä uskoa, että heillä olisi ollut aihetta jättää väristeltyjä tietoja. Joidenkin kysymysten yhteydessä kävi ilmi, että useissa pohjoismaisissa sairaaloissa tuotettiin suomalaisia sairaaloita enemmän rutiininomaista seurantatietoa, joka ymmärrettävästi helpotti kysymyksiin vastaamista.

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että Suomen perusterveydenhuolto tukee erikoissairaanhoidon toimintaa sekä portinvartijana että potilaiden jatkohoidossa. Terveyskeskusten vuodeosastoilla voidaan hoitaa potilaita, joista osa muissa Pohjoismaissa hoidettaisiin erikoissairaanhoidossa. Tämä seurauksen meillä keskussairaalatasoiseen sairaanhoitoon valikoituu vähemmän, mutta todennäköisesti vaikeampia potilaita kuin naapurimaissamme.

Riippuvuus terveyskeskusten jatkohoitokapasiteetista luo myös ajoittain pullonkauloja potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen. Tilanne ei sinänsä kuitenkaan ole heikko muihin Pohjoismaihin verrattuna, sillä haastattelutulokset viittaavat siihen, että niissä jatkohoidon integrointi erikoissairaanhoidon kanssa on monessa tapauksessa vaikeampaa kuin meillä.

Haastattelut viittaavat myös siihen, että keskussairaaloiden /vastaavien sisällä eri erikoisalojen /toimialojen välinen yhteistyö näyttäisi Suomessa toimivan suhteellisen hyvin, mikä estää sairaaloiden

sisäisten pullonkaulojen syntymistä. Potilaiden hoito oli haastatteluklinikoissamme suunniteltu ja toteutettu varsin asiakaskeskeisesti. Vähäinen tarve peruuttaa suunniteltuja leikkauksia viittaa logistiikan toimivuuteen.

Henkilöstön mitoitus ja henkilöstömäärät olivat tarkasteluun sisällytetyissä klinikoissa selvästi niukemmat Suomessa kuin muualla. Suomalaiset haastatteluhenkilöt toivat myös selvästi julki henkilöstön alimitoitukseen liittyviä ongelmia ja lisähenkilöstön rekryointitarpeita. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien verrattain alhaiset lukumäärät hoitopaikkaa kohden selittävät suoraan suomalaisten sairaaloiden alhaisempaa kustannustasoa, mikä taas voi osaltaan selittää kansallisesti korkeampia tuottavuuslukuja. Haastattelujen pohjalta on mahdollista esittää oletus, että verrattain hyvät tuottavuusluvut ovat ainakin osittain henkilöstön suhteellisen alimitoituksen seurausta eivätkä siis välttämättä ole kovin mairittelevia suomalaisen terveydenhuollon tilalle. Henkilöstön alhaisempi palkkataso meillä vahvistaa henkilöstön vähäisyyden seurauksena syntyviä eroja esim. norjalaisiin sairaaloihin verrattuna.

7 Johtopäätelmät

Useissa pohjoismaisia sairaaloita vertaileissa tutkimuksissa suomalaiset sairaalat ovat osoittautuneet muiden Pohjoismaiden sairaaloita tuottavammiksi. Erot esimerkiksi maiden palkkatasoissa vaikuttavat erikoissairaanhoidon kustannustasoon, mutta eivät selitä eroja sairaaloiden tuottavuudessa kokonaan. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli syventää tietämystä Pohjoismaiden erikoissairaanhoidon ja sairaaloiden välisistä eroista ja yhtäläisyyksistä.

Tutkimuksessa selvisi, että kaikissa Pohjoismaissa sairaaloiden omistajat seuraavat sairaaloiden toimintaa samankaltaisilla välineillä, muun muassa yhteistyötapaamisilla sekä erilaisten ohjausdokumenttien avulla. Sairaaloiden ohjaus vaikutti olevan tiukinta Norjassa, jossa sairaalat veloitettiin raportoimaan toimintansa laajasti säännöllisin väliajoin. Norjassa myös akuuttisairaala verkosto vaikutti olevan Pohjoismaiden hajautetuin. Yksittäisissä sairaaloissa suoritetuissa haastatteluissa puolestaan saatiin viitteitä siitä, että eri erikoisalojen välinen yhteistyö toimii Suomen sairaaloissa hyvin. Perusterveydenhuollon mahdollisuudet tukea erikoissairaanhoidon olivat myös Suomessa suuremmat kuin muissa tutkimuksessa mukana olleissa maissa. Suomessa perusterveydenhuolto toimii sekä sairaalahoitoon ohjaamista valvovana portinvartijana että vuodeosastopaikkoja tarjoavana palveluiden tuottajana.

Pohjoismaiden väliset tuottavuuserot erikoissairaanhoidossa vuosina 2005–2007 johtuvat ennen kaikkea maakohtaisista eroista terveydenhuollon rakenteissa, eivät niinkään eroista sairaaloiden välillä. Suomen sairaalat toimivat järjestelmässä, jossa on mahdollista toimia tehokkaammin kuin vastaavissa järjestelmissä muissa Pohjoismaissa. Pohjoismaiden sairaaloiden välisiä tuottavuuseroja voidaan pian tarkastella myös vuoden 2007 jälkeen, sillä parhaillaan käynnissä olevassa EuroHope-hankkeessa tarkastellaan Pohjoismaiden sairaaloiden tuottavuuden kehitystä viime vuosina. Tarkasteluun otetaan mukaan myös hoidon laatu ja vaikuttavuus. Tällöin voidaan arvioida, onko suomalaisten sairaaloiden hyvä tuottavuus saatu aikaan huomomalla hoidon laadulla vai pystytäänkö maassamme tuottamaan edullisesti erikoissairaanhoidon palveluja, joiden laatu on parempaa tai ainakin yhtä hyvää kuin muissa Pohjoismaissa.

Lähteet

- Häkkinen, Unto (2010) Financing of hospital care in Finland. Euro Observer, Volume 12, number 3. The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Häkkinen, Unto, Jonsson Pia Maria (2009) Harnessing diversity of provision. Teoksessa Magnussen Jon, Vrangbaek Karsten, Saltman Richard B (2009): Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Changes. European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Kalseth, Birgitte, Anthun. Kjartan Sarheim, Hope Oyvind, Kittelsen, Sverre A C, Persson, Benny Adam (2011) Spesialisthelsetjenesten I Norden. Sykehusstruktur, styringsstruktur og local arbeidsorganisering som mulig forklaring på kostnadsforskjeller mellom landene. Rapport A19615, SINTEF, Trondheim.
- Kittelsen, Sverre A C, Anthun. Kjartan Sarheim, Kalseth, Birgitte, Kalseth Jorid, Halsteinli V, Magnussen Jan (2009) En komparativ analyse av spesialist helsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007. Rapport A 12200, SINTEF, Trondheim.
- Kristensen Troels, Bogetoft Peter, Pedersen Kjel Moeller (2010) Potential gains from hospital mergers in Denmark. Health Care Management Science, 13:334-345.
- Linna Miika, Häkkinen Unto, Peltola Mikko, Magnussen Jan, Anthun Kjartan Sarheim, Kittelsen Sverre, Roed Annette, Olsen Kim, Medin Emma, Rehnberg Clas. Measuring cost efficiency in the Nordic Hospitals—a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. Health Care Manag Sci, 2010;13(4):346-57.
- Linna Miika, Häkkinen Unto, Magnussen Jan. Comparing hospital cost efficiency between Norway and Finland, Health Policy 2006;77:268-278
- Medin, Emma, Anthun Kjartan Sarheim, Häkkinen Unto, Kittelsen Sverre, Linna Miika, Magnussen Jan, Olsen Kim, Rehnberg Clas. Cost efficiency of university hospitals in the Nordic countries: a cross-country analysis. The European journal of health economics 2011;12(6):509-19.
- OECD Health data 2011
- Steet Andrew, Scheller Kreisen David, Geissler Alexander, Busse Reinhard. Determinants of hospital costs and performance variation. Working Papers in Health Policy and Management. 2010:3.