

Torkki Paulus, Leskelä Riikka-Leena, Linna Miika, Torvinen Anna, Klemola Katja, Sinivuori Kari, Larsio Antti, Hörhammer Iiris

Ehdotus sosiaali- ja terveystalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi

Maaliskuu 2017

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017

KUVAILULEHTI

| | | | |
|--|---|------------------|--------------------|
| Julkaisija ja julkaisuaika | Valtioneuvoston kanslia, 15.03.2017 | | |
| Tekijät | Torkki Paulus, Leskelä Riikka-Leena, Linna Miika, Torvinen Anna, Klemola Katja, Sinivuori Kari, Larsio Antti, Hörhammer Iiris | | |
| Julkaisun nimi | Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi | | |
| Julkaisusarjan nimi ja numero | Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017 | | |
| Asiasanat | sote-uudistus, mittaristo | | |
| Julkaisun osat/ muut tuotetut versiot | | | |
| Julkaisuaika | Maaliskuu, 2017 | Sivuja 68 | Kieli suomi |

Tiivistelmä

Sote-uudistus edellyttää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tarpeen arviointia sekä palvelutuotannon kustannusten, tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden arviointia ja vertailua. Myös monissa muissa maissa on viime aikoina kehitetty mittaristoja palvelujärjestelmän suorituskyvyn arviointiin. Mittaristo laaditaan tavoitteiden toteutumisen seuraamiseksi, joten kehitystyötä on tehty sote-uudistuksen tavoitteiden, ministeriön työryhmissä käytyjen keskustelujen, asiantuntijahaastatteluiden sekä kirjallisuuden ja tilastoanalyysien pohjalta.

Mittariston viitekehys mukaillee Triple Aim –rakennetta: kustannukset, vaikuttavuus ja laatu (saatavuus, turvallisuus ja asiakaskokemus). Ehdotetussa mittaristossa kustannuksia seurataan kokonaiskustannusten tasolla hyödyntäen Sitran ja STM:n palvelupakettimallia ja erikseen paljon palveluita käyttäville asiakasryhmille. Vaikuttavuutta ehdotetaan mitattavaksi sekä kovilla, tietojärjestelmäpohjaisilla mittareilla, joista ylätasoinen mittariksi ehdotetaan DALY:a (disability-adjusted life years), että asiakkaan itse raportoimilla mittareilla.

Tietopohjan keskeisimmät kehittämiskohteet liittyvät 1) asiakkailta kerättävään tietoon: asiakaskokemukseen ja asiakkaan raportoimaan toimintakykyyn ja terveydentilaan, 2) turvallisuuden kokonaisvaltaiseen seurantaan ja 3) sosiaalipalveluiden rakenteisen kirjaamisen kattavuuden parantamiseen. Tietojen on oltava asiakastasolla hyödynnettävissä. Tarvittava tietoprosessi on muissa hankkeissa kehitettävän kansallisen arkkitehtuurisuunnitelman mukainen.

Kansallinen mittaristo edellyttää konkreettista, nykyistä selkeämpää tavoiteasetantaa kustannustavoitteen lisäksi myös laadulle ja vaikuttavuudelle. Valmiita mittareita ja indikaattoreita on olemassa runsaasti sekä kansallisesti että kansainvälisesti, mutta tarvitaan selkeät tavoitteet ennen kuin mittarit voidaan valita.

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2016 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa (tietokayttoon.fi).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

PRESENTATIONSBLAD

| | | | |
|--|---|--------------------|---------------------|
| Utgivare & utgivningsdatum | Statsrådets kansli, 15.03.2017 | | |
| Författare | Torkki Paulus, Leskelä Riikka-Leena, Linna Miika, Torvinen Anna, Klemola Katja, Sinivuori Kari, Larsio Antti, Hörhammer Iiris | | |
| Publikationens namn | Förslaget till styrkortet för det nya social- och hälsovård | | |
| Publikationsseriens namn och nummer | Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 36/2017 | | |
| Nyckelord | social- och hälsovårdsreform, styrkort | | |
| Publikationens delar /andra producerade versioner | | | |
| Utgivningsdatum | Mars, 2017 | Sidantal 68 | Språk finska |

Sammandrag

Social- och hälsovårdsreformen förutsätter utvärdering av behovet att främja välbefinnande och hälsa samt utvärdering och jämförelse av serviceproduktionens kostnader, produktivitet, kvalitet och effektivitet. Under senaste tiden har det även i flera andra länder utvecklats styrkort för prestationsbedömning av servicesystem. Ett styrkort sammanställs för att kunna uppfölja ifall de fastställda målen har uppnåtts. Således har utvecklingsarbetet gjorts på basen av social- och hälsovårdsreformens mål, ministeriets arbetsgruppers debatter, expert intervjuer, samt litteratur och statistiska analyser.

Referensramen för styrkortet är i linje med Triple Aim-uppbyggnaden: kostnaderna, effektivitet och kvalitet (tillgång, säkerhet och kundupplevelse). I det föreslagna styrkortet uppföljs kostnaderna genom att utnyttja Sitras och SHM:s servicepaketmodeller samt enskilt för kunder som använder mycket tjänster. För att uppfölja effektivitet föreslås det att det görs både med s.k. hårda informationsbaserade mätare, var av DALY (disability-adjusted life years) föreslås som en mätare, och på mätare som rapporteras av kunden själv.

De främsta utvecklingsområdena angående informationsbasen har att göra med 1) informationen som rapporteras av kunden, 2) omfattande uppföljning av säkerhet och 3) utveckling av strukturell informationsanteckning inom socialtjänsterna. Informationen måste kunna utnyttjas på kundnivå. Den nödvändiga informationsprocessen följer den i övriga projekt utvecklade nationella arkitekturplanen.

Ett nationellt styrkort förutsätter konkret, från nuläget klarare målsättning förutom för kostnaderna även för kvalitet och effektivitet. Färdiga mätare och indikatorer finns rikligt tillgängligt både nationellt och internationellt, men det behövs klara mål innan mätarna kan väljas.

Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan för 2016 (tietokayttoon.fi/sv).

De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt

DESCRIPTION

| | | | |
|--|--|-----------------|-------------------------|
| Publisher and release date | Prime Minister's Office, 15.03.2017 | | |
| Authors | Magna conquest elatvel etamet | | |
| Title of publication | A suggestion for the national performance measurement framework for social and health Services | | |
| Name of series and number of publication | Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 36/2017 | | |
| Keywords | Social and healthcare reform, performance measurement framework | | |
| Other parts of publication/ other produced versions | | | |
| Release date | March, 2017 | Pages 68 | Language finnish |

Abstract

The social and healthcare reform requires the evaluation of the need for promotion of wellbeing and the evaluation and comparison of the costs, quality and effectiveness of services. Also in other countries there has recently been development of frameworks for performance measurement of the service system. A measurement framework is built to enable the evaluation reaching goals, Hence the development in the project has been done based on the goals set for the reform, discussion in the working groups of the ministries, expert interviews, literature review and data analysis.

The framework proposed in this study is based on the Triple Aim framework: costs, effectiveness, quality (accessibility, safety and customer experience). Cost will be reported according to the service package model developed by Sitra and the Ministry of Social Affairs and Health and in addition also for high cost customer groups. Effectiveness is measured both with registry-based measures, of which DALY (disability-adjusted life years) is suggested as the primary measure, and with customer reported outcome measures.

The critical development needed in existing data is related to 1) data reported by customers: both experience and outcome, 2) reporting of safety and 3) increasing the scope of structural data in social services. All data needs to be available on the customer level. The data process required for the measurement framework follows the process being developed for the national ICT architecture.

The national performance measurement framework requires more concrete goals for also other dimensions of the framework than costs, than the ones currently being voiced related to the reform. There is an abundance of measures and indicators both nationally and internationally, but clear goals need to exist before they can be chosen.

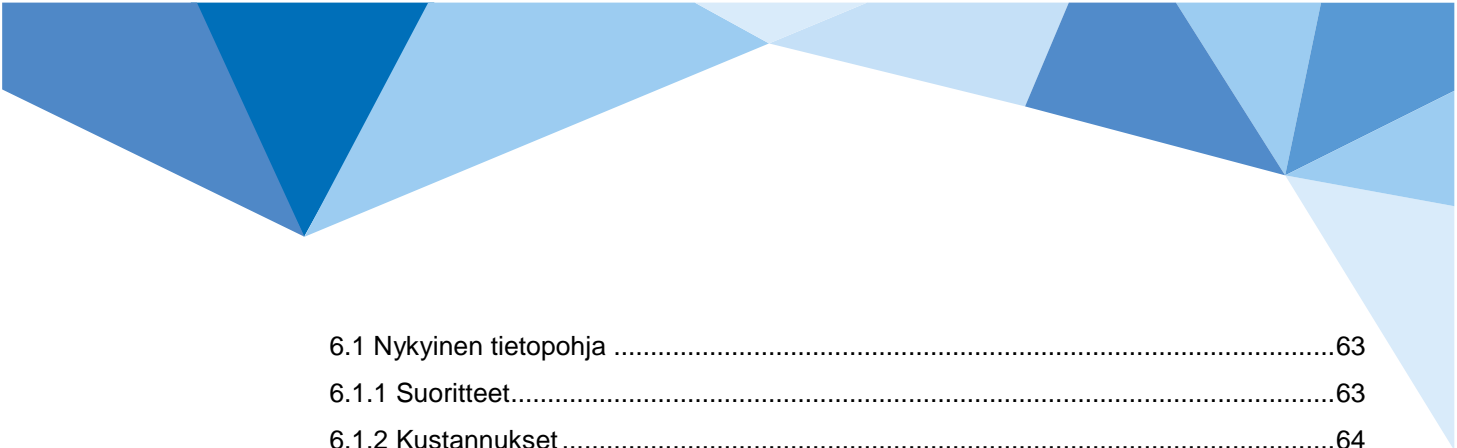
This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research for 2016 (tietokaytoon.fi/en).

The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.



SISÄLLYS

| | |
|---|-----------|
| 1. TAUSTA..... | 8 |
| 2. Mittariston laadinta | 13 |
| 2.1 Tiedolla johtaminen ja mittaristo | 13 |
| 2.2 Strategiasta mittaristoksi – case Eksote..... | 15 |
| 2.3 Kansainväliset viitekehukset palvelujärjestelmän mittaamiseen | 18 |
| 2.4 Kustannusten mittaaminen | 23 |
| 2.5 Laadun mittaaminen | 28 |
| 2.5.1 Turvallisuus..... | 28 |
| 2.5.2 Saatavuus | 32 |
| 2.5.3 Asiakaskokemus..... | 34 |
| 2.6 Vaikuttavuus | 35 |
| 2.6.1 Palvelu- ja hoitoketjujen vaikuttavuus..... | 35 |
| 2.6.2 Vaikuttavuuden eri ulottuvuudet järjestelmätasolla | 37 |
| 2.6.3 Vaikuttavuusmittariston rakentaminen..... | 43 |
| 2.7 Asiakas- ja palveluryhmittely | 44 |
| 3. Esitetty mittaristo..... | 48 |
| 3.1 Kustannukset | 48 |
| 3.2 Laatu | 48 |
| 3.3 Vaikuttavuus | 49 |
| 3.4 Mittaristo | 51 |
| 4. Pilotin tulokset | 53 |
| 4.1 Lähdetiedot Eksoten mittariesimerkeissä | 53 |
| 4.2 Tulokset | 54 |
| 4.2.1 Kustannusmittarit | 54 |
| 4.2.2 Laatumittarit | 58 |
| 4.2.3 Vaikuttavuus | 59 |
| 5. Johtopäätökset | 62 |
| 6. Tarvittava tietopohja ja tietoprosessi | 63 |



| | |
|--|----|
| 6.1 Nykyinen tietopohja | 63 |
| 6.1.1 Suoritteet..... | 63 |
| 6.1.2 Kustannukset | 64 |
| 6.1.3 Laatu ja vaikuttavuus | 64 |
| 6.1.4 Asiakasryhmämäärittely..... | 64 |
| 6.2 Keskeiset kehittämiskohteet tiedon keruussa..... | 65 |
| 6.3 Keskeiset kehittämiskohteet tietoprosessin osalta | 66 |
| 6.4 Keskeiset kehittämiskohteet mittariston määrittelyn osalta | 67 |
| 6.5 Arvio mittariston käytettävyydestä 2019-2025..... | 68 |

Keskeisiä käsitteitä:

- Laatu: Tässä työssä käytetään ministeriöiden Kustannus- ja vaikuttavuustyöryhmän määrittelyä, jonka mukaan laadun ulottuvuuksiksi käsitetään turvallisuus, saatavuus ja asiakaskokemus.
- Potilas- tai asiakasturvallisuus tarkoittaa SOTE-palveluissa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa palvelun tai hoidon turvallisuus sekä suojata asiakasta tai potilasta vahingoittumasta. Asiakkaan näkökulmasta turvallisuus on sitä, että asiakas saa oikeaa hoitoa tai palvelua, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja siitä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (muokattu THL 2017)
- Saatavuus: Kuinka asukkaat saavat erityislakien, kuten sosiaalihuoltolain, vammaispalvelu-lain, terveydenhuoltolain ja muiden kunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevien lakien perusteella määräytyvät palvelut. Kuinka palvelut saadaan kohtuullisessa ajassa yhdenvertaisesti asuinpaikasta, sosioekonomisesta asemasta, sukupuolesta tai etnisistä tekijöistä riippumatta.
- Asiakaskokemus: tarkoittaa asiakkaan henkilökohtaista kokemusta kontaktista organisaatioon tai kokemusta organisaatiosta, joka muodostuu sekä suorista, että epäsuorista kontakteista organisaation kanssa.
- Vaikuttavuus: Mitattu muutos asiakkaan tai väestön terveydessä, toimintakyvyssä tai hyvinvoinnin tilassa; toiminnasta tai menetelmästä asiakkaalle koituva mitattava hyöty. Voidaan mitata esim. toimintakyvyn, elämänlaadun tai muuna mitattavana muutoksena.
- Mittari: muodostuu tunnussuureesta, joka on suoraan mitattavissa oleva tekijä tai sellaisten yhdistelmä. Tämä edellyttää ilmiön täsmällistä käsitteellistämistä.
- Indikaattori: on jokin tunnusluku, joka kuvaa asioiden tilaa ja kehitystä karkealla tasolla tai epäsuorasti. Käytetään usein kuvaamaan ilmiötä, jota ei suoraan kyetä mittaamaan.
- Mittaristo: kertoo päätöksentekijälle toiminnalle tärkeistä syy ja seuraussuhteista ja luo perustan tavoitteiden seurannalle ja asettamiselle. Mittareita ei saa olla liikaa - hyvä käytäntö on johtaa mittarit suoraan organisaation tavoitteista. Mittaristo sisältää tyypillisesti sekä mittaamiskategoriat (vrt. tasapainotettu tulokortti) että hierarkian selittävien mittareiden osalta.

1. TAUSTA

SOTE-uudistus edellyttää palveluiden kustannusten, tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden arviointia ja vertailua. Ilman tätä tietoa ei ole mahdollista tietää, saammeko kustannusvaikuttavia ja laadukkaita palveluita. Tarve ei ole ainoastaan kansallinen, SOTE-uudistukseen liittyvä, vaan useissa maissa on viime vuosina ollut vastaavanlaisia hankkeita ja tutkimuksia. Osittain tarve liittyy sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten muita toimialoja ja talouden kantokykyä nopeampaan kasvuun, osittain siihen, että julkisissa terveyspalveluissa eri sidosryhmillä on havaittu erilaisia, jopa vastakkaisia tavoitteita järjestelmän suorituskyvylle (Porter 2010). Terveyspalveluiden suorituskyvyn mittaamiseen liittyvien artikkelien määrä onkin kasvanut 2000-2010 keskimäärin noin 18 % vuodessa (Klazinga ym. 2011). Australian terveyspalveluiden uudistamisen yhteydessä Hibbert ym. (2013) löysi kansainvälisen kartoituksen pohjalta 388 mittaria, joiden soveltuvuutta arvioitiin Australian järjestelmän jatkuvaan seurantaan sekä kansainväliseen vertailuun. Kuitenkin tutkimuksia kokonaisen integroidun järjestelmän suorituskyvystä tai integroitujen palveluketjujen vaikutuksesta suorituskykyyn on vielä rajoitetusti (Niemi ym. 2015, Armitage ym. 2009, Mason ym. 2014). Useimmiten vaikutuksia on todennettu yksittäisissä mikrotason prosesseissa, kuten tietyissä terveysongelma- tai diagnosoiryhmissä systeemitason sijaan.

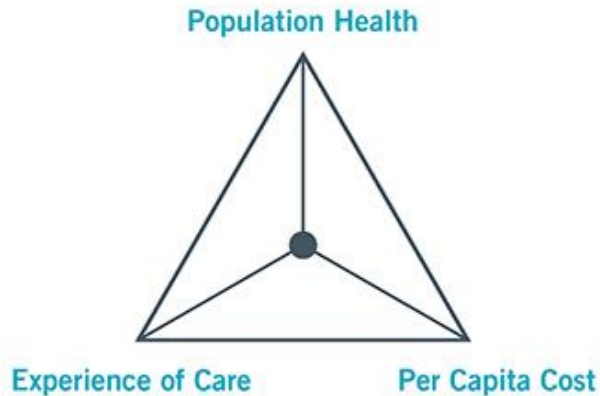
Tässä raportissa esitetään mittaristo kokonaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän suorituskyvyn seurantaan. Raportissa keskitytään kansallisen ja maakuntatason mittaristonäkökulmaan. Valinnanvapauden yksityiskohdat eivät tutkimuksen tekohetkellä olleet tiedossa, joten asiakkaan tarvitsemaa tietoa ei ole käsitelty.

Järjestelmää arvioitaessa on useissa kansainvälisissä tutkimuksissa havaittu, että yksittäisten suorituskykyä kuvaavien indikaattorien laatimisen ja viilaamisen sijaan on tärkeämpää suunnitella mittariston tasapainoa ja eri dimensioiden kytkemistä mittaristoon siten, että saadaan kokonaisvaltaisempi kuva systeemin toimivuudesta (Papanicolas ja Smith 2013). Porter (2010) taas korostaa tavoiteasetannan merkitystä suorituskyvyn kehittämisessä. Porterin mukaan missä tahansa toiminnassa suorituskyvyn parantaminen on hidasta ja vaikeaa, mikäli toiminnalle ei ole määritetty tavoitetta tai yhteisiä tavoitteita. Hän ehdottaa terveyspalveluihin keskeiseksi tavoitteeksi arvon, joka on määritelty terveyshyötyinä suhteessa käytettyyn rahamäärään (Porter 2010).

Yksi laajalle levinneistä palvelujärjestelmän mittaristoista on Institute for Healthcare Improvementin (IHI) Triple Aim -malli (Kuva 1), jossa järjestelmän mittaamisen kulmakiviä ovat 1) väestön terveys, 2) potilaan kokemus ja 3) palveluiden kustannukset (Berwick ym 2008). Nämä tavoitteet eivät ole toisistaan riippumattomia, vaan yhden tavoitteen saavuttaminen voi vaikuttaa muihin tavoitteisiin positiivisesti tai negatiivisesti (Berwick ym. 2008). Esimerkiksi palvelukokemuksen parantaminen voi vaatia lisäresursseja ja kasvattaa siten kustannuksia.

Kuva 1 Triple Aim -mallin keskeiset mittaamisnäkökulmat (Institute for Healthcare Improvement, 2012)

The IHI Triple Aim

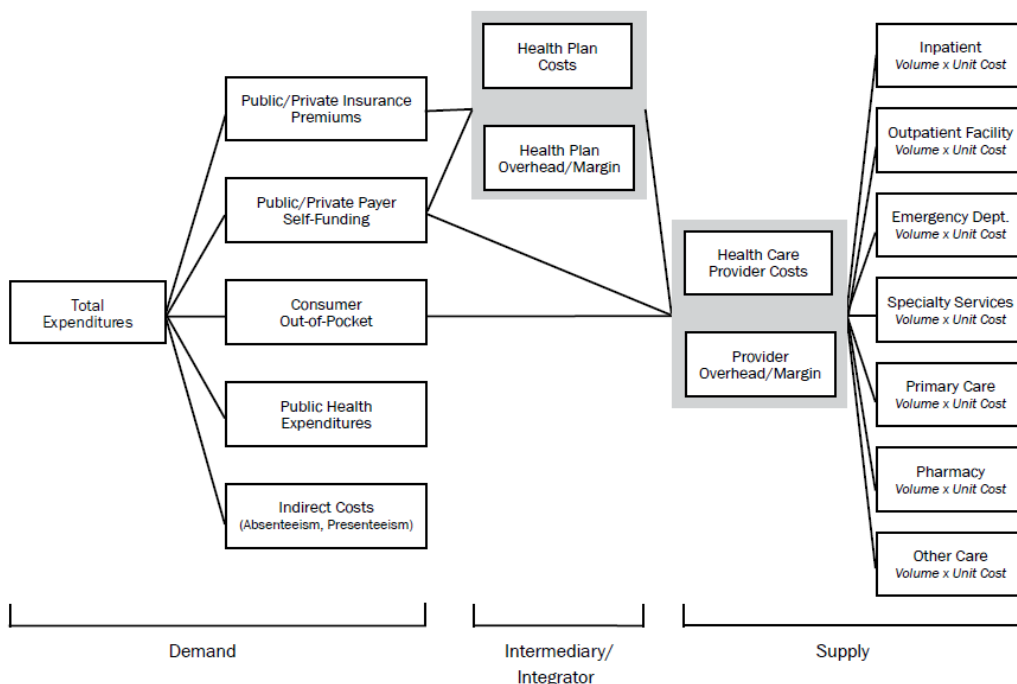


Triple Aim -mallia on käytetty palvelujärjestelmän mittaamisen pohjana useissa maissa ja useilla eri alueilla (Dentzer 2013, IHI 2012). Esimerkiksi Uudessa-Seelannissa IPIF-mallissa (Integrated Performance Incentive Framework) mallin pohjalta muodostetut kolme keskeistä tavoitetta ovat 1) väestön terveys ja tasa-arvo, 2) julkisen palvelujärjestelmän resurssien arvontuoton maksimointi ja 3) potilaan kokemuksen, laadun ja turvallisuuden kehittäminen (Ashton 2015). Näiden tavoitteiden pohjalta on laadittu alatavoitteet, jotka tukevat uudistusta.

Kansainvälisessä vertailussa on huomioitava, että palvelujärjestelmät, niiden rahoitus ja rakenteet eroavat. Esimerkiksi Triple Aim -malli on kehitetty Yhdysvalloissa vakuutusperusteisessa järjestelmässä ja siinä korostuu potilaan kokemus, kun verorahoitteisissa järjestelmissä taas on enemmän keskitytty tässä dimensiossa terveyshyötyihin, laatuun, tasa-arvoon tai saatavuuteen. Toisekseen Suomen sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiossa muodostettava kokonaisuus on kansainvälisesti vertailtuna ainutlaatuinen, mikä pitää huomioida etenkin integroidun kokonaisuuden suorituskyvyn arvioinnissa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö eri osa-alueiden suorituskykyä voida vertailla kansainvälisesti.

Mittariston laadinnassa on huomioitava myös palvelujärjestelmän eri tasot: makro-, meso-, ja mikrotaso (Valentijn ym. 2013, Lillrank ym. 2010, Kämäräinen ym. 2016). Makrotasolla kohteena on väestö ja sen terveys, mesotasolla mitataan palvelujärjestelmän suorituskykyä ja mikrotasolla potilas- tai terveysongelmaepisodien vaikuttavuutta, laatua ja tuottavuutta. Mittariston hierarkialla on pystyttävä linkittämään eri tasojen indikaattorit toisiinsa, syy-seuraussuhteiden tunnistamiseksi (esimerkki Kuva 2).

Kuva 2. Esimerkki mittariston hierarkian rakentamisesta (IHI 2012).



Tulokset toiminnan mittaamisen suorasta yhteydestä suorituskyvyn parantumiseen ovat vaihtelevia (Arah ym. 2003, Hibbert ym., 2013). Mittaristojen implementoinnin ja käytön rajoitteita on käsitelty useissa tutkimuksissa ja ne voidaan jakaa neljään kategoriaan (Hibbert ym. 2013): 1) indikaattorin luotettavuuteen / validiteetin liittyviin ongelmiin, 2) aineiston kirjaamiseen (esim. luokitusten käyttö) tai keräämiseen liittyviin ongelmiin, 3) aineiston vinoutumiseen (esim. yli- tai alikirjaaminen, mittariston epätasapaino) tai 4) organisaatioon tai toimintaympäristöön liittyvät häiriötekijät (esim. heikko johtamiskulttuuri, insentivien puute). Tämä tutkimus rajautuu kohtiin 1-3, insentiveihin tai johtamisjärjestelmään ei oteta kantaa.

Aiemmin todettiin, että kansainvälisesti on olemassa satoja validoituja indikaattoreita suorituskyvyn arviointiin. Myös Suomessa esimerkiksi THL:n Perfect- tai muissa hankkeissa on hyvinkin tarkkaan määriteltyjä ja myös tulevaisuudessa käyttökelpoisia indikaattoreita. Tässä työssä keskitytään rakentamaan mittaristoa, jossa hyödynnetään näitä validoituja mittareita mahdollisimman paljon sen sijaan, että määritettäisi uusia mittareita. Mittariston kehittämisen lisäksi tunnistetaan puutteet tietopohjassa sekä tietoprosessissa ja nykyiset haasteet tiedon ladussa. Tutkimuksissa on havaittu sairaaloiden välillä merkittäviä eroja toiminnan mittaamisen kannalta keskeisten tietojen (kuten diagnoosi- tai toimenpidetiedot) kirjaamisessa tai kertymisessä kansallisiin rekistereihin (Ylinampa 2014, Rauhala ja Linna 2007). Mittariston käyttönotossa on kiinnitettävä erityistä huomiota tiedon tuotantoprosessin laaduntarkistukseen ja -varmistukseen.

Seuraavassa luvussa kuvataan tietojohdamisen ja mittariston rakentamiseen liittyviä näkökulmia. Samassa yhteydessä kuvataan kansainvälisiä esimerkkejä SOTE-palvelujärjestelmän mittaamiseen käytetyistä viitekehysistä ja viitekehysten ulottuvuuksien (kustannukset, laatu ja vaikuttavuus) mittaamisesta. Luvussa käsitellään myös näiden ulottuvuuksien mittaamisen nykytilaa Suomessa. Kolmannessa luvussa esitellään tutkimuksen tuloksena syntynyt mittaristo sekä perustelut valinnoille. Neljännessä luvussa mittaristoa havainnollistetaan ja pilotoidaan Eksoten aineistolla. Pilotin tavoitteena on sekä arvioida tietojen saatavuutta ja tietoprosessia sekä konkretisoida mittariston tuoma hyöty kansallisen ja maakunnan tason ohjauksessa. Viimeiset luvut esittävät johtopäätökset tutkimuksen tuloksista sekä tarvittavat kehitysaskeleet, jotta mittaristo voidaan kokonaisuudessaan ottaa käyttöön 2025 mennessä.

Tutkimusmenetelminä on käytetty kirjallisuuskatsausta, haastatteluja sekä potilas- ja asiakas-tietojärjestelmistä poimitun tiedon analyysia. Kirjallisuuskatsaus keskittyi 1) kansainvälisten mittaristoviitekehysten etsimiseen ja 2) valittujen osa-alueiden mittaamisen ja mittareiden etsimiseen. Haastatteluja tehtiin sekä kansallisesti että valituilta osin kansainvälisesti. Haastatteluiden aiheena olivat SOTE-palveluiden keskeiset tavoitteet tulevaisuudessa sekä tämänhetkiset käytössä olevat mittarit laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten osalta. Kansainvälisissä haastatteluissa painotettiin vaikuttavuuden mittaamista kansallisella tasolla, sillä siinä havaittiin olevan suurin tietotarve. Haastateltujen nimet on esitetty liitteessä. Kirjallisuuskatsauksen ja haastatteluiden perusteella laadittiin ehdotus mittaristolle. Tutkimuksessa pilotoitiin esitettyjä mittareita Eksoten TiJo-tietovarastosta kerätyllä aineistolla, jotta voitiin todentaa, mikä on tämänhetkinen valmius tuottaa mittariston tarvitsemia tietoja ja toisaalta arvioida, miten mittareita voidaan tulkita.

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Arah O, Klazinga N, Delnoij D, ten Asbroek AHA, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003;15(5):377-98.

Armitage GD, Suter E, Oelke ND ym. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care* 2009;9:e82

Ashton T. Measuring health system performance: A new approach to accountability and quality improvement in New Zealand Health Policy 2015;119:999–1004

Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*. 2008 May/June;27(3):759-769.

Dentzer S. The 'Triple Aim' Goes Global, And Not A Minute Too Soon. *Health Aff* 2013;32(4): 638

Hibbert, P., Hannaford, N., Long, J., Plumb, J. and Braithwaite, J. (2013) Final Report: Performance indicators used internationally to report publicly on healthcare organisations and local health systems. Australian Institute of Health Innovation, University of New South Wales.

IHI 2012, Institute for Healthcare Improvement, 2012

Klazinga N, Fischer C, ten Asbroek A. Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe. *Journal of Health Sciences Research & Policy*. 2011;16(Supp 2):38-47.

Kämäräinen V, Peltokorpi A, Torkki P, Tallbacka K. Measuring healthcare productivity – from unit to system level. *International Journal of Health Care Quality Assurance (hyväksytty julkaistavaksi)*

Lillrank P, Torkki P, Venesmaa J, Malmström T. Regional Healthcare Service Systems. A conceptualization of the Meso –level of Healthcare. 2011 Service Research & Innovation Institute (SRII), Annual Conference, San Jose, CA March 2011

Mason A, Goddard M, Weatherly H. Financial mechanisms for integrating funds for health and social care: an evidence review. The University of York, Centre for Health Economics, Research Paper 97, 2014.

Niemi A, Ranta S, Kuosmanen P, Rajala J, Torkki P, Jämsén A. Toiminnan integraatio kuuluu sotien ytimeen. *Suomen lääkärilehti* 2015;44 2930-1.

Papanicolas, Irene and Smith, Peter, eds. (2013) Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. Policy summary , 4 . Open University Press, Maidenhead, UK. ISBN 9780335247264. available at: <http://eprints.lse.ac.uk/54802/>

Porter M. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* 2010; 363:2477-2481

Rauhala A ja Linna M. Diagnoosien kirjaaminen erikoissairaanhoidossa - kuvaavatko tilastot hoito- vai kirjauskäytäntöjä? Suomen lääkirilehti 2007;32: 2785-2790

Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W ym. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care 2013;13:e010.

Ylinampa K. Sairaanhoidon kirjaamisprosessin systemaattinen kehittäminen tuotteistuksen tueksi. Diplomityö 2014. Oulun yliopisto. <http://herkules oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201402121089.pdf>

2. MITTARISTON LAADINTA

2.1 Tiedolla johtaminen ja mittaristo

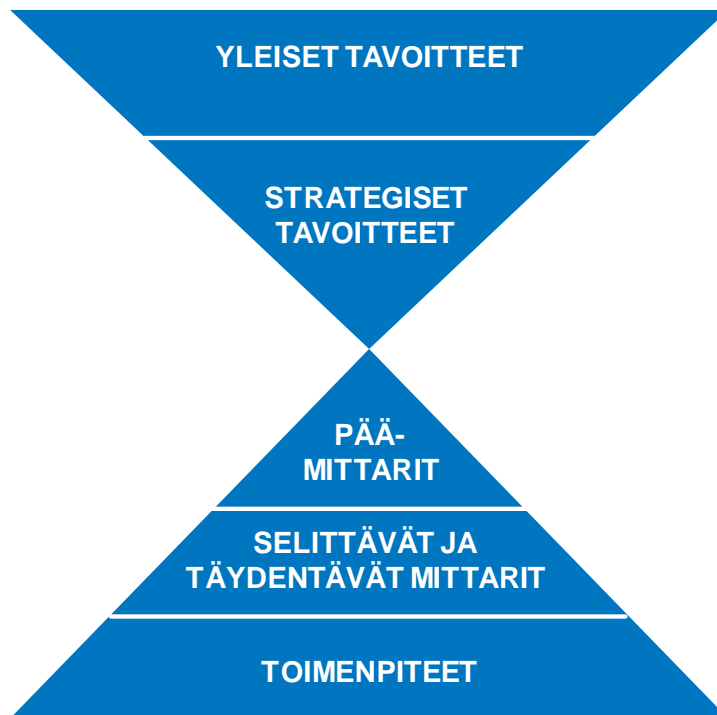
Tietojohdamiselle ei ole vakiintunutta täsmällistä määritelmää. SITRA:n julkaisussa 2014 on määritelty, että tietojohdamisella tarkoitetaan prosesseja ja käytäntöjä, joiden avulla tietoa kerätään, jalostetaan ja hyödynnetään organisaation sisällä sekä organisaatioiden välisessä kommunikoinnissa. Jalostetun tiedon avulla pyritään luomaan arvoa ja sitä käytetään hyväksi päätöksenteossa. Johtaminen jaetaan yleisesti kolmeen tasoon: operatiiviseen, taktiseen ja strategiseen. Operatiivisella tasolla johdetaan päivittäisiä toimintoja. Taktisella tasolla johdetaan keskipitkän aikavälin muutoksia ja strategisella tasolla johdetaan organisaation pitkän aikavälin toimintaa sekä kehittämistä.

Sosiaali- ja terveystietojohdamisen malli keskittyy tuottamaan tietoa strategisen johtamisen tueksi. **Strategista tietojohdamista ohjaavat organisaation pitkän aikavälin tavoitteet.** Tavoitteiden perusteella määritellään johdon tietotarpeet, josta seuraa mittaristo sekä siihen valittavat mittarit ja indikaattorit tavoitteiden toteutumisen seuraamiseksi (Kuva 3). Mittari on tunnusluokasta, joka on suoraan mitattavissa oleva tekijä tai sellaisten yhdistelmä. Indikaattorilla puolestaan tarkoitetaan tunnuslukua, joka kuvaa asioiden tilaa ja kehitystä karkealla tasolla tai epäsuorasti. Valitut mittarit ja indikaattorit määrittävät mittariston tietotarpeet. Tietotarpeiden pohjalta määritellään käytännöt ja prosessit, joiden avulla tarvittavat tiedot pystytään hankkimaan ja jalostamaan johdon tarpeiden mukaisesti.

Michael Porter on nähnyt tavoitteiden asetannan yhdeksi suurimmista ongelmiksi terveystietojohdamisen tiedolla johtamisessa. Sidosryhmiä on monia ja eri asiantuntijat haluavat kehittää mittareita omista näkökulmistaan ja tavoitteistaan käsin.

- ” In any field, improving performance and accountability depends on having a shared goal that unites the interests and activities of all stakeholders. In health care, however, stakeholders have myriad, often conflicting goals, including access to services, profitability, high quality, cost containment, safety, convenience, patient-centeredness, and satisfaction” Porter (2010)
- “Finally, progress on outcomes measurement has been slowed dramatically by the “let a thousand flowers bloom” approach, in which each organization reinvents the wheel, tweaks existing measures and risk factors, or invents ones of their own. Sensitivity to physicians’ concerns about being judged unfairly results in a tendency to exclude patients from outcomes comparisons instead of incorporating accepted risk-adjustment methods.” Porter ym, (2016)

Kuva 3. Mittaristolla seurataan tavoitteiden toteutumista



Tässä tutkimuksessa on havaittu sama ilmiö. Mittariston laadinta edellyttää selkeitä tavoitteita. Hankkeen aikana kansalliset tavoitteet eivät olleet muotoutuneet niin selviksi, että niiden pohjalta olisi mahdollista laatia mittaristo. Tavoitteiden muotoilu on ollut yleisellä tasolla lukuun ottamatta kolmen miljardin euron kustannussäästö tavoitetta (Kuva 4).

Yksikään mittari tai indikaattori ei sellaisenaan ole täydellinen, vaan jokaisessa mittarissa ja indikaattorissa on omat vahvuutensa ja heikkoutensa. Mitä selvemmin tavoitteet voidaan muotoilla, sitä helpompi on koota mittariston näkökulmat ja valita tasapainoinen mittaristo siten, että eri näkökulmilla vähennetään yksittäisten mittarien heikkouksia.

Miksi uudistus tehdään?



Tässä tutkimuksessa tavoitteita on hahmotettu ministeriön työryhmissä käytyjen keskustelujen, asiantuntijahaastatteluiden sekä kirjallisuuden ja tilastoanalyysien pohjalta. On huomiotava, että esitettävä mittaristo pohjautuu siis osittain tutkimuksen aikana muodostettuihin tavoitteisiin eikä suoraan esimerkiksi kansallisen ohjauksen tavoitteisiin. Mittaristoa on siis jaostettava siltä osin, kun laadun ja vaikuttavuuden tavoitteet konkretisoituvat. Mittareita on käytetty havainnollistamaan, millainen käsitys alueesta saadaan esitetyillä mittareilla.

2.2 Strategiasta mittaristoksi – case Eksote

Eksoten strategiassa 2010-2014 esitetään strategiakartan mukaisesti neljästä näkökulmasta tavoitteita, joilla vastataan ympäristön asettamiin haasteisiin ja siirrytään kuntakohtaisesta ajattelusta ja toiminnan järjestämisestä alueellisesti integroituun toiminnan järjestämiseen. Strategiassa on huomioitu, että suurimmat väestön ikääntymisen haasteet alkavat vaikuttaa palvelujärjestelmässä lähivuosina. Sekä terveydenhuollossa että sosiaalipalveluissa palveluiden kysyntä tulee lisääntymään. Julkisen talouden kehityksestä riippumatta tähän haasteeseen vastaaminen edellyttää palvelujärjestelmän voimakasta uudistamista erityisesti ikääntyvän väestön palveluiden turvaamiseksi.

Strategiset tavoitteet eivät voi lähteä palvelujen lisäämisestä ja toiminnan laajentamisesta entisissä rakenteissa, sillä kustannusten merkittävälle kasvattamiselle ei ole mahdollisuuksia. Keskeistä on painopisteen siirtyminen kustannuksiltaan edullisempiin, mutta vaikuttavuudeltaan tehokkaampiin palveluihin. Ehkäisevien ja avopalvelujen osuus vahvistuu ja monipuolisten, kuntouttavien toimintamallien käyttö lisääntyy.

Eksoten strategiaa tarkastellaan neljästä näkökulmasta, jotka ovat talous ja tuloksellisuus, asiakkaat ja palvelut, toimintamallit ja prosessit sekä ihmiset ja osaaminen. Näkökulmien keskeiset strategiset tavoitteet ovat

1. Asiakkaiden ja potilaiden tarpeet ohjaavat palveluiden tuottamista (Asiakkaat ja palvelut)

¹ <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>, viitattu 3.1.2017

2. Palvelutuotannon ja palvelujen jakelun uudistaminen (Toimintamallit ja prosessit)
3. Yhteisiin arvoihin perustuvan toimintakulttuurin luominen (Ihmiset ja osaaminen)
4. Talouden ja tuloksellisuuden jatkuva parantaminen (Talous ja tuloksellisuus)

Strategian pohjalta on tehty strategian toimeenpanosuunnitelma valtuuston puheenjohtajasta, hallituksen jäsenistä, virkamiehistä ja henkilöstön edustajista muodostetussa työryhmässä. Tässä toimeenpanosuunnitelmassa on kuvattu ne keskeiset toimenpiteet, joilla strategiset tavoitteet pyritään saavuttamaan. Esimerkiksi strateginen tavoite 1: Asiakkaiden ja potilaiden tarpeet ohjaavat palveluiden tuottamista on pilkottu toimenpiteisiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi, palvelutarpeen arvioinniksi, palvelutuotannon kehittämiseksi, oikea-aikaisen ja tehokkaan, kuntouttavan jatkohoidon toteuttamiseksi sekä palveluiden tuottamiseksi kotiin. Vastaavasti strateginen tavoite 2: Palvelutuotannon ja palvelujen jakelun uudistaminen on pilkottu toimenpiteisiin liittyen monipuolisiin asumispalveluihin, terveysasemien vuodeosastojen erikoistumiseen kuntouttavaan jatkohoitoon, keskussairaalan modernisointiin sekä teknologiahankintoihin prosessien kehittämisen tueksi.

Strategisten tavoitteiden määrittelyn ja tavoitteiden saavuttamiseksi määriteltyjen toimenpiteiden kuvaamisen jälkeen kiinnitettiin tavoitteisiin mittareita, joihin toimenpiteillä voitiin vaikuttaa. Mittarityön aikana yhdistettiin BSC:n (balanced scorecard) asiakas- ja prosessinäkökulmat, koska niiden erottaminen oli käytännössä vaikeaa. Alkuperäisenä tavoitteena oli, että samat mittarit kulkisivat hierarkkisesti läpi koko organisaation ja toimisivat toimintaa ohjaavina mittareina.

1. Asiakkaiden ja potilaiden tarpeet ohjaavat palveluiden tuottamista (Asiakkaat ja palvelut) ja Palvelutuotannon ja palvelujen jakelun uudistaminen (Toimintamallit ja prosessit)
 - a. Laitoshoidon purun vaikutukset
 - i. Laitoshoidon nettotoimintamenot
 - ii. Kotona hoidettavien yli 75-v osuus väestöstä
 - Kotihoidon lisäksi huomioidaan myös kotona asumista tukevat palvelut, kuten psyk.sh kotikäynnit, päivätoiminta, kotikuntoutus, omaishoito
 - b. Kuntoutuksen vaikutukset
 - i. Elossa ja kotona olevien kuntoutujien osuus 4kk kuntoutusjakson jälkeen
 - c. Sähköisen asioinnin kasvu ja vaikutukset
 - i. Sähköisten ajanvarausten osuus
 - ii. Itseilmoittautumisten osuus
 - iii. Sähköisen asioinnin osuus yhteydenotoista
 - iv. Käynnit / asiakkaat / 12kk
 - d. Palvelujen saatavuus
 - i. Päivystyksen läpimenoaika
 - e. Työllistämistoimien vaikutukset
 - i. Pitkäaikaistyöttömyyden nettotoimintamenot
 - ii. Pitkäaikaistyöttömien aktivointiaste
2. Yhteisiin arvoihin perustuvan toimintakulttuurin luominen (Ihmiset ja osaaminen)
 - a. Työtyytyväisyys
 - b. Lyhyet sairauspoissaolot
 - c. Hakemusten lkm avoinna oleviin virkoihin
3. Talouden ja tuloksellisuuden jatkuva parantaminen (Talous ja tuloksellisuus)
 - a. Kattamaton alijäämä
 - b. Budjettiero
 - c. Tarvevakiodut nettotoimintamenot / asukas

Eksoten strategiaa (sekä mittareita) päivitettiin valtuustokaudelle 2014-2018, mutta teemat ovat pysyneet samoina. Mittareita on osin

- tarkennettu, esim. kotihoidon lisäksi huomioidaan myös muita kotiin tuotettavia palveluja
- muutettu hieman näkökulmaa, esim. palvelujen saatavuudessa keskitytty perusterveydenhuollon sijaan keskitettyyn yhteispäivystykseen
- kehitetty mitattavan muutoksen elinkaaren mukaan, esim. sähköisessä asiointissa siirrytty absoluuttisten määrien mittaamisesta suhteellisiin osuuksiin ja osin vaikutusten arviointiin käyntimäärien vähenemisen kautta

Ajan kuluessa huomattiin myös, että yksi ylätasoin mittaristo on henkilöstölle vaikea omaksua. Omat vaikutusmahdollisuudet mittariin koettiin vähäisiksi ja mittarien ei koettu mittaavan oman toiminnan kannalta tärkeitä asioita, vaikka mittareista suurin osa mahdollistaa organisaatiohierarkiassa porautumisen (vastuualue – tulosalue – tulosityksikkö – kustannuspaikka). Esimerkiksi neuvolatoimintaa koskien on mittaristossa toimintaa mittaavina tekijöinä vain sähköiseen asiointiin liittyviä mittareita.

Seuraavassa vaiheessa jokaiselle organisaatiotasolle luotiin omia mittaristoja, joita oli tarkoitus koota yhteen syy-seuraus-suhteiden mukaisesti. Tämän seurauksena mittareita olisi tullut raportoitavaksi useita satoja ja mittarien välisiä suhteita oli vaikea hahmottaa. Seuranta Eksoten johtoryhmän tasolla oli käytännössä mahdotonta, joten siirryttiin seuraavaan vaiheeseen.

Tämän seurauksena on päädytty malliin, jossa Eksotella on

- Päämittarit: Ylimmän tason valtuustomittaristo, joka on BSC:n mukainen
- Selittävät mittarit: tulosityksikötason mittarit (n. 35 kpl), kehittämishankkeiden tulokset ja vaikutukset sekä vaihtuvat mittarit (nyt kotihoidon tilanne)

Kaikille mittareille (sekä päämittareille että selittäville mittareille) on määritelty Eksotessa vastuuhenkilöt, joiden vastuulla on mittareiden raportointi johtoryhmälle ja mahdollisten muutosten syiden selvittäminen mittarin taustalla. Tulosityksiköiden päälliköt vastaavat tulosityksikötason mittareista ja päämittareille on määritelty yksi vastuuhenkilö teemoittain, esimerkiksi Hoidon tulosalueen johtaja vastaa laitoshoidon purun mittareista (laitoshoidon nettotoimintamenot ja kotona hoidattavien yli 75-v osuus väestöstä), vaikka näiden mittareiden alla on myös muille tulosalueille kuuluvaa toimintaa.

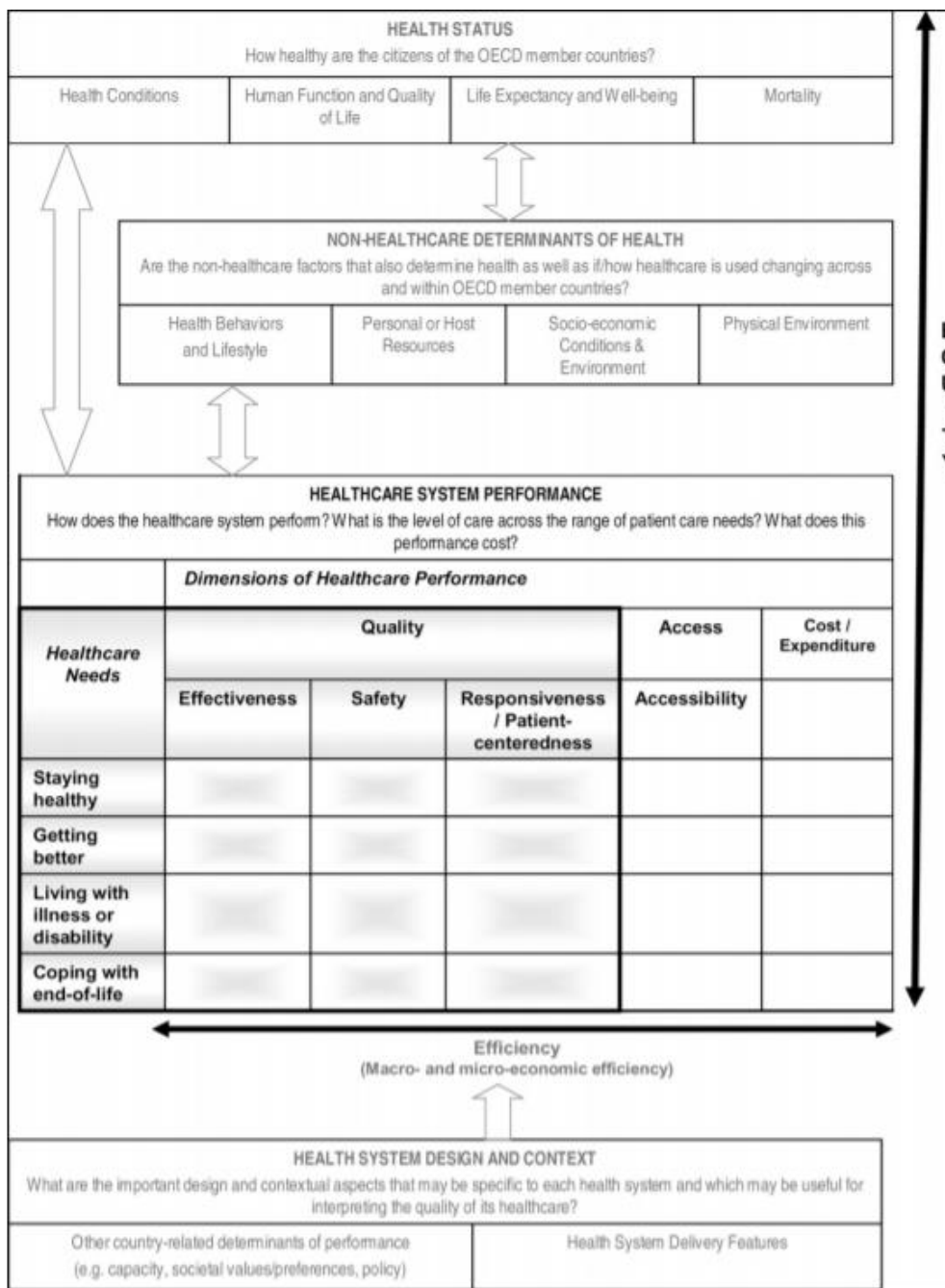
Eksoten strategiasta mittaristoksi –työssä on noussut esille huomionarvoisia asioita. Ensinnäkin strategiset tavoitteet täytyy olla hyvin määritelty, että mittarit voidaan kytkeä niihin. Jos tavoitetta ei ole kunnolla määritelty, ei voida tietää mitä pitäisi mitata ja miten. Toiseksi Eksotessa päädyttiin siihen, että mittareita tulee olla eri tasoilla, osa pysyviä ja osa vaihtuvia. Esimerkiksi budjettiseuranta on kaikille yhteistä ja pitkäaikaistyöttömyyden seuranta koskee pääasiassa työllistämisyksikköä. Mittareiden tulee myös olla henkilöstön vaikutettavissa olevia (riittävästi käytännön työssä kiinni), muuten toimintaa tavoitteen saavuttamiseksi ei synny. Budjettiseuranta ja työtyytyväisyys eivät voi olla ainoita toimintaa ohjaavia mittareita. Viimeimpänä Eksotessa on päädytty siihen, että on turha rakentaa mittareita kaikille organisaatiotasolle. Mittaritietoja kootaan kyllä hierarkian mukaisesti, mutta "omia mittareita" ei organisaation välitasoilla (vastuualue, tulosalue) tarvita.

2.3 Kansainväliset viitekehukset palvelujärjestelmän mittaamiseen

Kansainväliset viitekehukset ovat terveystaloudellisia, koska muissa maissa sosiaali- ja terveystaloudellia ei ole yhtä laajasti integroitu kuin Suomessa ollaan tekemässä. Useissa kansainvälisissä viitekehyksissä pohjana näyttäytyy OECD:n Health Care Quality Indicators -viitekehys (HCQI). (Kuva 5, Arah 2006) Terveystaloudellisuuden suorituskyvyn mitta-
reiksi ehdotetaan (Health at a Glance):

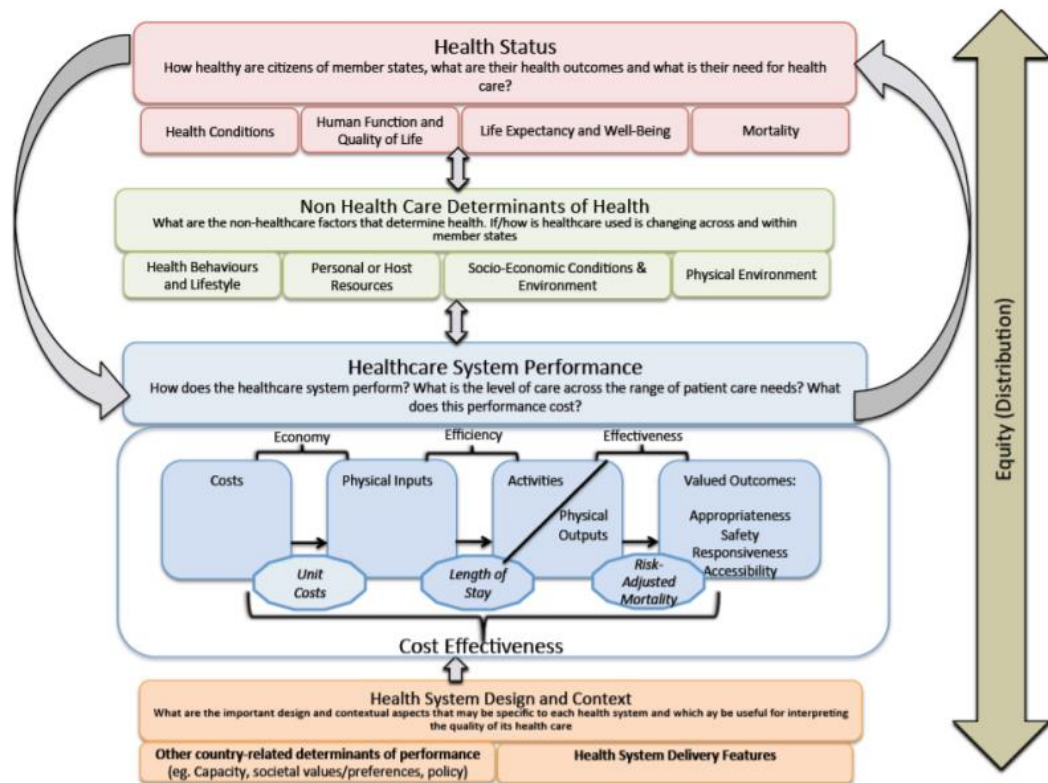
- Laatu: 1) yleisten kroonisten sairauksien erikoissairaanhoidon palveluiden käyttö (astma, keuhkoastma, diabetes), 2) kiireellisen hoidon yleisten potilasryhmien kuolleisuus (sydäninfarkti, aivoinfarkti), 3) eloonjääminen yleisissä syöpätaudeissa (kohdunkaulan, rinta- ja paksusuolen syövät)
- Saavutettavuus: täyttämättömät terveystaloudellisuuden tarpeet (EU-SILC survey), täyttämättömät suun terveystaloudellisuuden tarpeet, odotusaika kaihileikkaukseen ja odotusaika polven tekonivelleikkaukseen
- Kustannukset ja rahoitus: palvelukäyttö suhteessa asukkaisiin, sairausvakuutuksen kattavuus, terveystaloudellisuuden kustannusten jako, terveystaloudellisuuden kattavuus (sairasvakuutus), terveystaloudellisuuden asiakasmaksujen osuus kotitalouksien menoista

Kuva 5. OECD:n Health Care Quality Indicators-viitekehys (Arah 2006)



EuroREACH-hankkeessa viitekehystä on jalostettu terveystalvvelujärjestelmän mittaamisen osalta siten, että eri osa-alueiden välisiä yhteyksiä ja mittareita on täsmennetty (Kuva 6). Esi-merkiksi kustannusten, tehokkuuden ja vaikuttavuuden väliset yhteydet on avattu

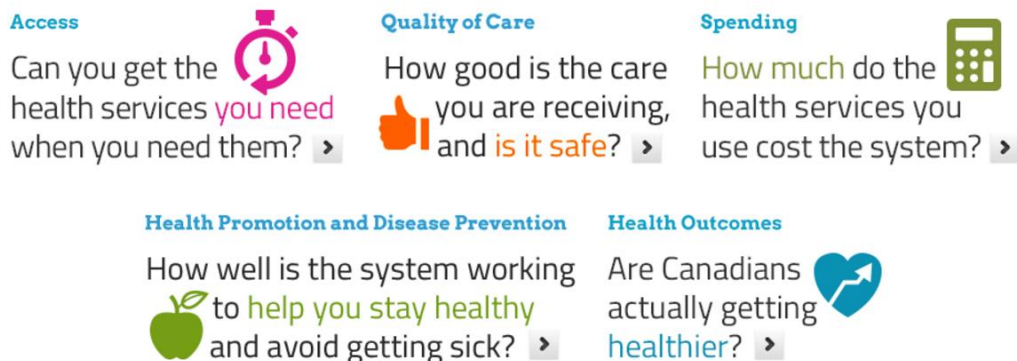
Kuva 6. EuroREACH-hankkeessa jalostettu terveystalouden suorituskyvyn mittaamisen viitekehys



Tässä hankkeessa käytiin läpi kansainvälisistä malleista mm. NHS:n, Skotlannin, Kanadan, Hollannin, Ruotsin, Uuden-Seelannin ja Australian mittaamisen viitekehukset (Ashton 2015, Hibbert ym. 2013, Ham ym. 2015). The King's Fundin raportissa (Ham ym. 2015) on tehty katsaus ja kuvattu useiden eri maiden mittaamisen viitekehukset. Tässä raportissa emme käy läpi systemaattisesti eri maiden viitekehkyksiä, vaan otamme esiin tämän tutkimuksen tavoitteiden kannalta oleellisia esimerkkejä.

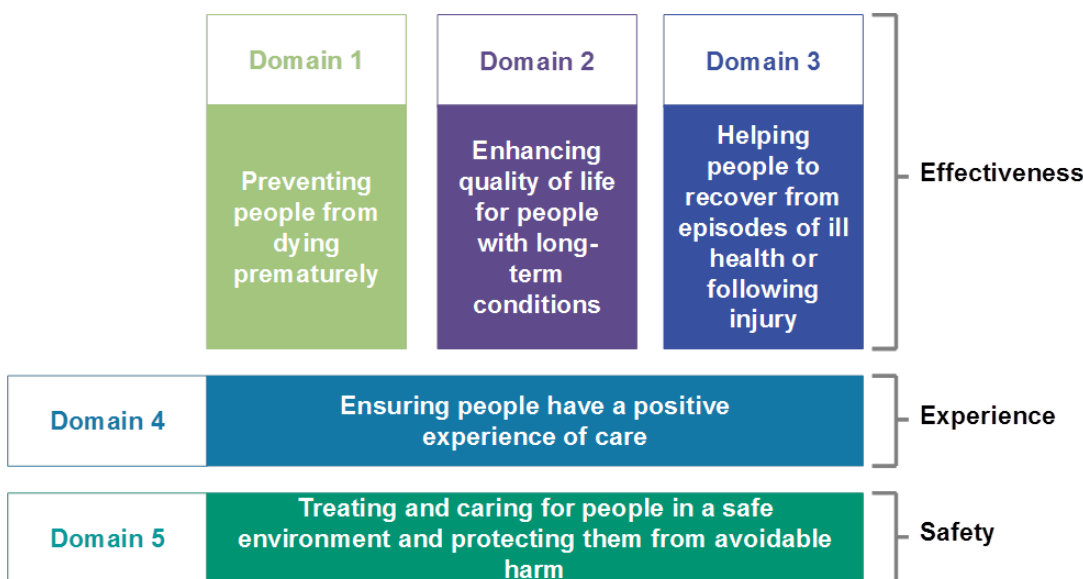
Mittariston rakenteen ja hierarkian kannalta Kanadan viitekehyksessä on kiinnostava jäsenyys, jossa tietoa tarjotaan kolmella eri tasolla: 1) väestölle In-Brief (5 ulottuvuutta, 15 mittaria, Kuva 7), 2) päätöksentekijöille In-Depth (7 ulottuvuutta, 38 mittaria) ja 3) tutkijoille/asiantuntijoille erikseen kirjautumalla Insight (www.yourhealthsystem.cihi.ca). Mittaristossa on hierarkia, jonka pohjalta osa-alueita pääsee tarkastelemaan tarkemmin. Varsinaiset mittarit ovat vielä kuitenkin osittain kehitysvaiheessa.

Kuva 7. Kanadan In-Brief -tason osa-alueet



NHS:ssä on useita hyviä jäsennyksiä tai viitekehyksiä, joita voidaan käyttää ennen kaikkea laadun ja vaikuttavuuden osa-alueilla. NHS Outcomes Frameworkissa (Kuva 8) vaikuttavuus-tavoitteet on jäsennetty kolmeen päätavoitteeseen: 1) estetään ennen aikaista kuolemaa, 2) ylläpidetään niiden elämänlaatua, joilla on pitkäaikainen palvelutarve ja 3) autetaan ihmisiä toipumaan sairaus- tai tapaturmaepisodista. Laadun tavoitteet puolestaan ovat positiivisen käyttäjäkokemuksen takaaminen sekä toimintaympäristön turvallisuuden takaaminen, jotta vältettävissä olevia haittoja ei koituisi kenellekään. Varsinaisilla osa-aluekohtaisilla mittareilla on näitä tavoitteita vielä konkretisoitu. NHS:ssä on myös esimerkiksi saatavuuden seurantaan hyvä jäsenyys, joka esitellään tarkemmin saatavuutta käsittelevässä kappaleessa.

Kuva 8. NHS Outcomes Framework

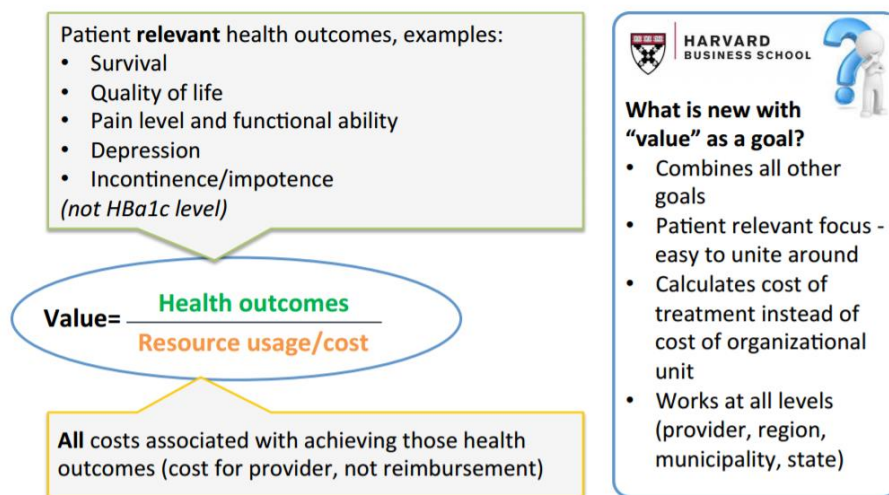


Ruotsissa on pitkään käytetty laaturekistereitä, ja niistä voidaan ottaa mallia suurimpien asiakas- tai potilasryhmien laadun ja vaikuttavuuden seurantaan. Viime aikoina Ruotsissa ja myös Tanskassa on paljon keskusteltu arvoperusteisesta terveydenhuollosta (Porter. 2010) ja laaturekisterien pohjalta on mittaamisen viitekehystä kehitetty kansainvälisen ICHOM-konsortion suuntaan (www.ichom.org, www.sveus.se). Arvoperustaisessa terveydenhuollossa keskiöön on nostettu asiakkaalle tai potilaalle relevantti vaikuttavuus (Kuva 9).

Kuva 9. Arvoperustaisen terveydenhuollon keskeiset tavoitteet²

IVBAR

Addressing the overarching problem: The framework “Value Based Health Care” has been developed in response of todays challenges defining the common goal of health care as “Value for the patient”



18 maj 2015

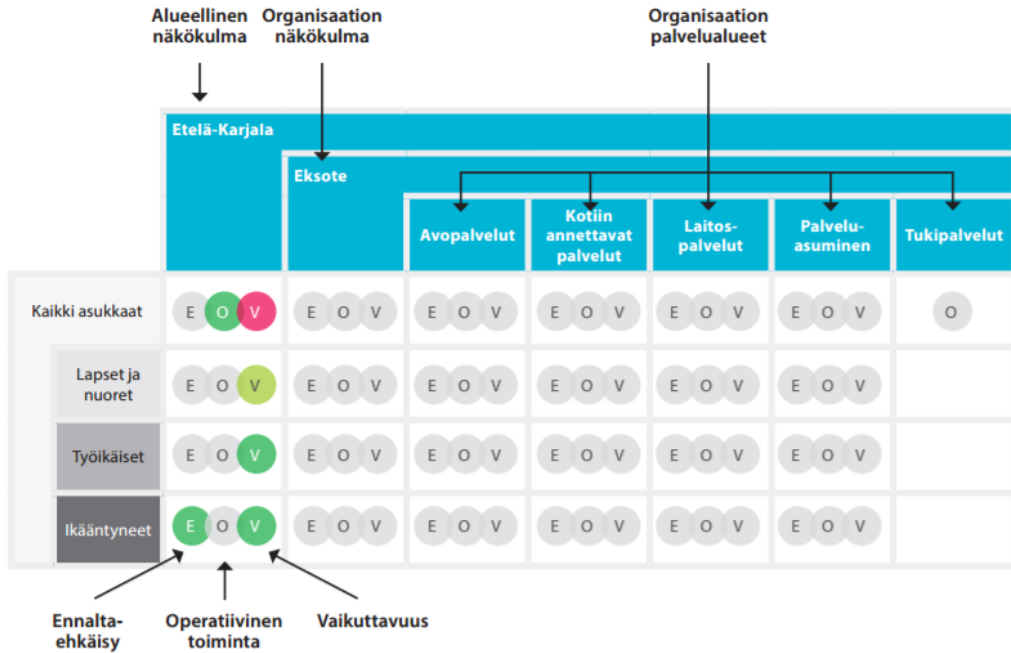
9

Kansainvälisiä malleja arvioitaessa on otettava huomioon, että yksiselitteisesti hyvin toimivaa palvelujärjestelmää ei ole olemassa. Osassa järjestelmiä on panostettu enemmän laadun seurantaan, osassa kustannusten seurantaan. On vaikea löytää järjestelmää, jossa vaikuttavuutta seurattaisiin systeemitasolla. Osin mittaamisen painopisteiden eroja selittävät erilaiset ohjausmallit, kuten valinnanvapaus, vakuutusperusteisuus vs. verorahoitus ja julkinen tuotanto vs. yksityinen tuotanto.

Suomessa Sitra (2014) on julkaissut tiedolla johtamisen viitekehyksen SOTE-alueen näkökulmasta (Kuva 10). Viitekehyksessä näkyvät ne dimensiot, joita alueen sisäisessä mittaamisessa pitää ottaa huomioon: palveluhierarkia, asiakassegmentit sekä valittujen mittaamisalueiden näkökulmat. SOTE-alueen sisäisten mittarien ja indikaattorien valintaan vaikuttaa luonnollisesti alueen strategiset valinnat ja tavoitteet, mutta mittaamisen ulottuvuudet eroavat vähemmän.

² (<http://www.regioner.dk/media/1476/value-based-steering-and-support-system-for-danish-health-care.pdf>)

Kuva 10. SOTE-alueen tiedolla johtamisen rakenne (Sitra 2014)



2.4 Kustannusten mittaaminen

Kansainväliset viitekehykset

Sosiaali- ja terveystalouden kustannusten seuranta eri maissa on pääsääntöisesti hyvin ylätasolla. Kustannuksia seurataan palvelukokonaisuuksittain, ja tyypillinen luokittelu on joko perusterveydenhuolto, somaattinen erikoissairaanhoito, psykiatrisen erikoissairaanhoito tai sairaalahoito, PTH-avopalvelut ja ESH-avopalvelut. Lisäksi joissain maissa seurataan valikoituja yksikkökustannuksia, kuten sairaalajakson keskimääräistä kustannusta tai DRG-pisteen kustannusta. Poikkeuksen muodostaa Uusi Seelanti, jossa kustannusten seuranta ei aktiivisesti raportoida, vaan seurataan muutaman, strategisen terveystavoitteen toteutumista. Sosiaalipalveluiden kustannuksia seurataan tyypillisesti erikseen, koska niiden rahoitus on tyypillisesti erillään terveystalouden rahoituksesta. Alla olevaan taulukkoon (Taulukko 1) on tiivistetty kansallisen tason julkisesti raportoidut kustannusten seurantamittarit valikoiduissa maissa.

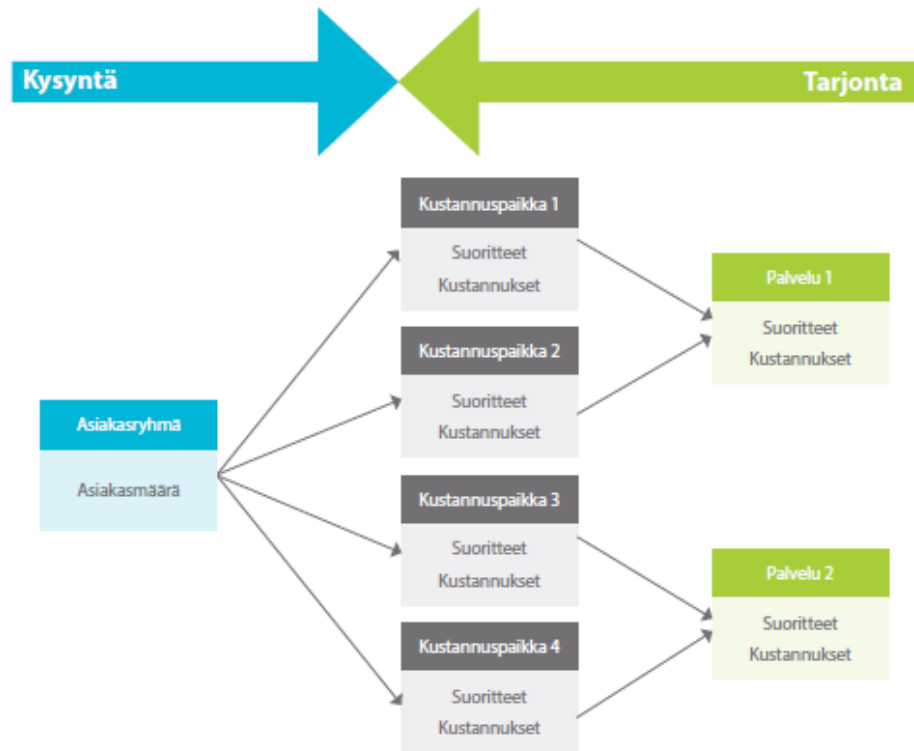
Taulukko 1 Kustannusseuranta eri maiden terveydenhuoltojärjestelmissä

| Maa | Kustannusmittarit | Lisätietoja |
|---|--|---|
| Ruotsi (Socialstyrelsen 2013, Sveriges Kommuner och Landsting, 2017)) | Kustannus per capita Kustannus per capita palveluittain (perusterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, erikoissairaanhoido, psykiatria, reseptilääkkeet) Lääkekustannukset reseptilääkkeistä per capita Kustannus per DRG-piste | Sosiaalipalveluiden kustannuksia seurataan osana kuntien taloutta |
| Alankomaat (Centraal Bureau voor de Statistiek 2016). | Kokonaiskustannukset palveluittain 1) erikoissairaanhoido, psykiatria, perusterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, ensihoito, vanhushuolto, vammaishuolto, työterveyshuolto, lääkehoito, lastensuojelu 2) kuratiivinen vuodeosastohoido, kuratiivinen avohoido, suun terveydenhuolto, kuntouttava vuodeosastohoido, kuntouttava avohoido, pitkäaikaishoido, kliiniset tukipalvelut, lääkkeet ja lääkintälaitteet, ennaltaehkäisy, hallinto, pitkäaikaishoiva (sos. palvelut), sosiaalitoimen etuudet, terveydenedistäminen | |
| Englanti (NHS 2016) | Tuottajien (NHS Trusts) pysyminen budjetissa (yli- ja alijäämä) Kustannukset toimintoittain suhteessa tavoitteeseen (ensihoito, päivitys ja sairaalahoito, erikoissairaanhoidon avopalvelut, mielenterveyspalvelut) Kustannukset rahoituskanavittain suhteessa tavoitteeseen (Clinical Commissioning Groupa rahoitus trusteeille, suora rahoitus trusteeille, projektirahoitus) | Aikuisten sosiaalipalvelukustannukset tilastoidaan erillään terveyspalvelukustannuksista ja lasten sosiaalipalveluiden kustannukset tilastoidaan osana sivistystoimen kustannuksia. |
| Kanada (Canadian Institute for Health Information 2017) | Kokonaiskustannukset luokiteltuna: sairaalat, muut laitokset, lääkärit, muut ammattiryhmät, lääkkeet, pääoma, kansanterveys, hallinto, tutkimus. Ikävakioidu kustannus per asukas provinssittain ja kaupungeittain/alueittain Standardoidun hoitojakson kustannus provinssittain, alueittain ja sairaaloittain Hallinnon kustannukset, osuus kokonaiskustannuksista | Keskeiset tiedot kansalaisille on koottu "Your health system"-sivustolle, jossa visualisoitu keskeisiä faktoja kustannuksista sekä laadusta ja vaikuttavuudesta |
| Australia (Australian Institute for Health and Welfare 2017) | Kokonaiskustannukset luokiteltuna: julkiset sairaalat, yksityiset sairaalat, perusterveydenhuolto (sisältäen suun terveydenhuollon, lääkekulu ja kansanterveyden ja ympäristöterveydenhuollon), ESH-vastaanotot, muut palvelut (sisältäen potilaskuljetukset, apuvälineet ja hallinnon) sekä tutkimus Kustannus per asukas ikävakioiduna: PTH-päivitys, PTH-vastaanotot, PTH-hoitosuunnittelu, ESH-vastaanotto | Erillinen sivusto "My Healthy Communities", johon koostettu kansalaisia varten valikoituja kustannus, laatu ja vaikuttavuustietoja |

Kustannustarkastelun viitekehys

Kansainvälisissä malleissa kustannusten seuranta tehdään palvelukokonaisuuksien tasolla. Sitran Sosiaali- ja terveyspalveluiden tietojohdantamisen mallissa (Sitra 2014) esitetään kustannusten tarkasteluun viitekehys, jossa palveluiden seurannan lisäksi huomioidaan myös asiakasnäkökulma (Kuva 11). Kustannukset kertyvät kustannuspaikoilla, joista ne kohdennetaan sekä palveluille että asiakkaille. Näin saadaan kaksi näkökulmaa palvelujärjestelmän kustannuksiin: palvelut ja palveluita poikkileikkaavat asiakkuudet.

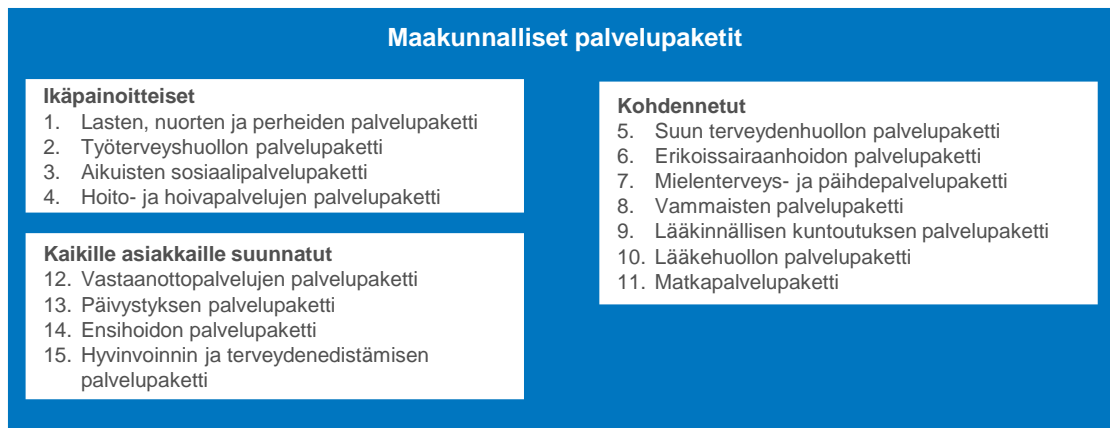
Kuva 11 Viitekehys kustannusten seurantaan (Sitra 2014)



Palvelupaketit palvelunäkökulman seurantaan

SOTE-palvelupaketit on tapa jäsentää sosiaali- ja terveystalouden tuotanto ohjattaviin kokonaisuuksiin (Kuva 12). Palvelupaketit tarjoavat tavan luokitella ja raportoida SOTE-palveluiden kustannukset palvelutuotannon ohjauksen kannalta nykyistä käytettävämpiin kokonaisuuksiin ja niiden on todettu tuottavan relevanttia vertailutietoa maakuntien välillä (Sitra 2016).

Kuva 12 Maakunnalliset palvelupaketit (Sitra 2017)



Palvelupakettimalli mahdollistaa kustannusten tarkastelun sekä absoluuttisena summana että suhteessa asukas- tai asiakasmääriin pakettitasolla sekä pakettien sisällä toimintotasolla (Kuva 13). Lisäksi palvelupakettimalli mahdollistaa tarvittaessa kustannusten ryhmittelyn eri tavoilla, jolloin voidaan myös tehdä kansainvälisiä vertailuja.

Kuva 13 Esimerkki palvelupaketin toimintotasosta ja palveluista: päihde- ja mielenterveyspalveluiden paketti (Sitra 2016)

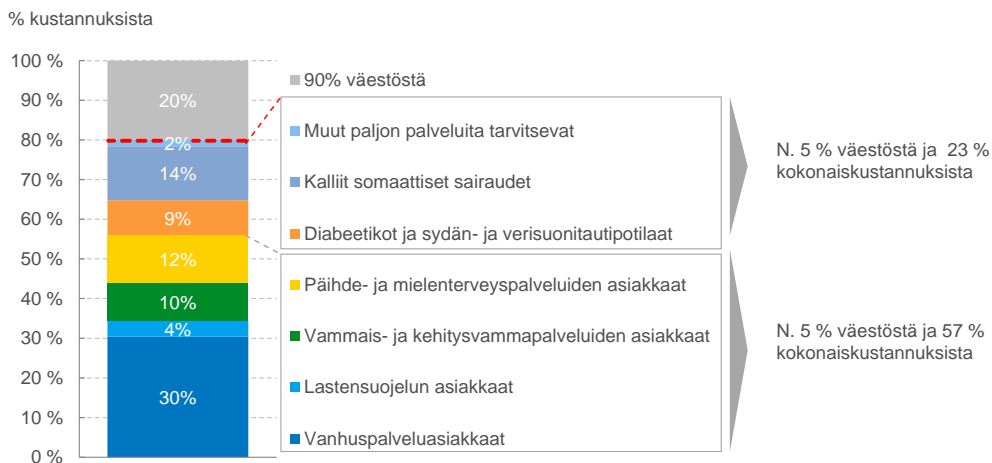
| | Toiminto | Palvelu |
|--|---|---|
| Mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelupaketti | Asiakas- ja palveluohjaus | |
| | Mielenterveys- ja ennaltaehkäisevä toiminta | Interventiot Ohjanta ja neuvonta Kumppanuuksien koordinointi |
| | Mielenterveys- ja päihdetyön avohoito | Mielenterveysavohoito Päihdeavohoito |
| | Psykoterapiat | |
| | Sosiaalinen kuntoutus | Kuntouttava työtoiminta |
| | Kotiin annettavat palvelut | |
| | Mielenterveys- ja päihdetyön asumispalvelut | Ympäri vuorokautinen mielenterveysasiakkaan kuntouttava asumispalvelu |
| | | |
| | Mielenterveys- ja päihdelaitoshoito | |

Palvelupakettimalli tuottaa jatkossa tietoa palveluiden kustannuksista ryhmiteltynä tavalla, joka tukee kansallista ohjausta sekä maakuntien johtamista. Lisäksi palvelupakettimallin tarjoama tieto on huomattavasti tarkemmalla tasolla kuin nykyään saatavilla oleva kansallisen tason kustannustieto Suomessa ja vertailumaissa.

Asiakaskohtaiset kustannukset

Palveluiden kustannusten lisäksi järjestelmän ohjaamisen kannalta on myös olennaista tietää asiakaskohtainen kustannus. Yksi Porterin ja Guthin (2012) teeseistä on, että vaikuttavuusperusteisessa järjestelmässä on mitattava kaikkien potilas- ja asiakasryhmien kustannukset koko hoito- ja palveluketjun ajalta. Tällöin voidaan seurata asiakasryhmien SOTE-palvelujärjestelmässä kerryttämiä kokonaiskustannuksia ja arvioida palveluiden kustannusvaikutavuutta. Asiakasryhmien kerryttämien kustannusten seuranta yli palveluiden on olennaista myös siksi, että palveluiden käyttö ja kustannukset ovat jakautuneet epätasaisesti väestössä (Kuva 14) (Leskelä ym. 2013). Kustannusten seurannassa on siten olennaista seurata myös paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden ja asiakasryhmien asiakasmäärien ja kustannusten kehittymistä.

Kuva 14 Kunnan maksamien SOTE-palveluiden kustannusten jakauma asiakasryhmittäin (Leskelä ym. 2013)



Kustannusten seurannan nykytila

Tällä hetkellä kansallisella tasolla kustannuksia seurataan palvelukokonaisuuksien tasolla Tilastokeskuksen luokitteluiden mukaisesti. Tämä luokittelu ei kuitenkaan palvele palvelujärjestelmän johtamista parhaalla mahdollisella tavalla. Esimerkiksi vanhushuolteen kustannukset jakautuvat useaan eri palvelukokonaisuuteen ja sekoittuvat muiden asiakasryhmien palveluihin. Kustannusten vertailukelpoisuus ei myöskään ole riittävä kuntien välillä, sillä kuntien tilastointitavat poikkeavat toisistaan.

Asiakasryhmittäin kustannuksia ei ole mahdollista seurata kansallisella tasolla, sillä kustannus- ja suoritustiedot kerätään erillään ja erilaisissa kokonaisuuksissa. Siten ei ole mahdollista yhdistää kansallisissa rekistereissä palveluiden käyttöä kustannuksiin asiakastasolla. Lisäksi sosiaalipalveluista THL:n HILMO-rekisteriin kertyvät tiedot eivät vielä ole riittäviä kuvaamaan asiakkaiden palvelunkäyttöä. Esimerkiksi kotihoidon asiakkaista toimitetaan vain poikkileikkausotot ja lastensuojelun asiakasmäärissä ei ole mukana henkilötunnusta.

Kuntatasolla tietoja on saatavilla kansallisia rekistereitä tarkemmalla tasolla, mutta myöskään kuntatasolla ei muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta voida seurata asiakastason kustannuskertymiä. Tämä on seurausta siitä, että kunnissa tiedot ovat hajallaan eri rekistereissä, joista niiden yhdistely nykyisissä tietojärjestelmissä on haastavaa. Tietovarastoja on rakennettu joihinkin kuntiin, mutta niihin ei aina ole saatu sekä sosiaalipalveluiden, perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon tietoja. Lisäksi tietosuojalaki on estänyt tietojen yhdistelyä rekistereiden välillä muissa kuin tutkimustarkoituksissa. Asiakastason kustannusten seuranta on kuitenkin mahdollista toteuttaa, josta hyvänä esimerkkinä Eksoten TiJo-tietovarastoon yhdistetyt asiakastason tiedot eri SOTE-palveluista (Sitra 2014). Asiakastason kustannuskertymän seurantaan riittää, että määritetään kustannuspaikoittain suoritteet, joiden perusteella kustannukset kohdistetaan asiakkaille. Suoritteita voivat olla käynti, kontakti, hoitopäivä, asuinpäivä tai asiakkuus (Sitra 2014). Mallia on sittemmin tarkennettu sosiaalitoimen suoritteiden osalta tehdyllä asiakastyöllä. Lisäksi ostopalveluista kustannukset voidaan kohdentaa asiakkaalle suoraan ja maksujärjestelmistä voidaan kohdentaa asiakkaiden saamat etuudet asiakkaalle suoraan.

Kun tarkastellaan asukkaan SOTE-palveluiden kokonaiskustannuksia, tulisi ottaa huomioon nykyiset kunnan järjestämistä vastuulla olevat palvelut ja etuudet sekä sen lisäksi Kelan kustantamat palvelut ja etuudet sekä työeläkkeistä maksetut työkyvyttömyyseläkkeet. Kokonaiskuva

kustannusvaikuttavuudesta on mahdollisuus saavuttaa vasta, kun huomioidaan kaikki palvelut sekä tuet ja etuudet, kuten sairauspäivärahat ja työkyvyttömyyseläkkeet.

2.5 Laadun mittaaminen

Järjestäjien ja tuottajien seuranta ja arviointi edellyttää runsaasti jalostettua tietoa palvelujärjestelmän suoriutumiskyvystä, josta laatu on yksi ulottuvuus. Häkkinen ja Peltola (2016) määrittelevät laadun sisältämään **asiakaskokemuksen, turvallisuuden, pääsyn ja saatavuuden**. Näitä voidaan käyttää kansallisen tason ja maakuntatason ohjauksessa. On kuitenkin hyvä huomata, että laadun ulottuvuuksista, niiden lukumääristä ja sisällöistä ei ole yhteistä näkemystä asiantuntijoiden kesken. Tämän vuoksi tässä työssä käytetään ministeriöiden Kustannus- ja vaikuttavuustyöryhmän määrittelyä, jonka mukaan laadun ulottuvuuksiksi käsitellään **turvallisuus, saatavuus ja asiakaskokemus**.

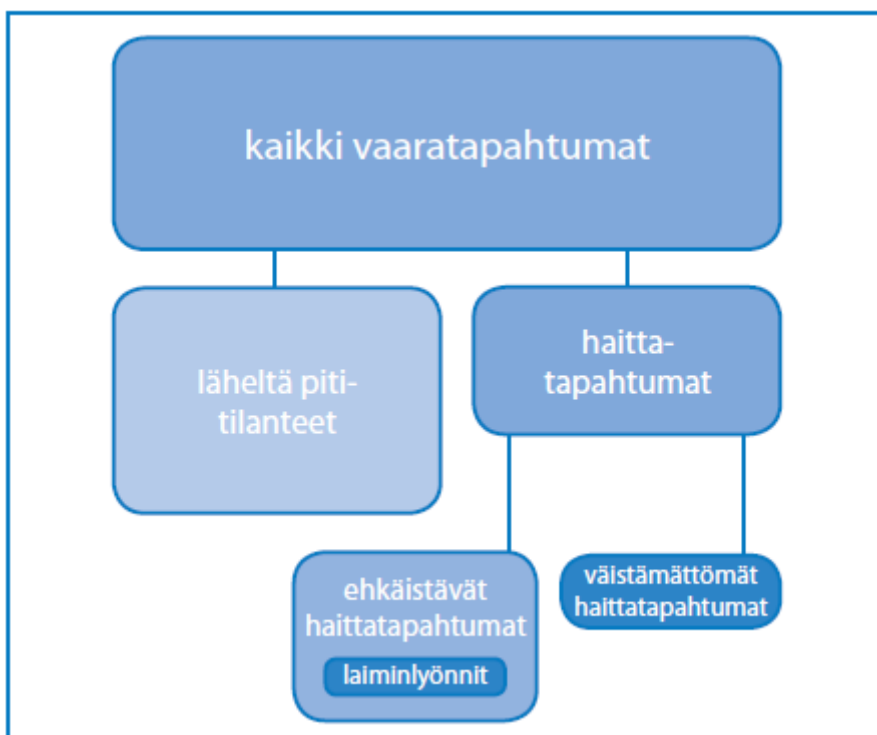
2.5.1 Turvallisuus

Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (THL 2017)

Potilasturvallisuus on ollut 2000-luvun puolivälistä yksi keskeisistä Euroopan unionin terveyspolitiikan painopistealueista, ja samoihin aikoihin Suomessakin alettiin valmistella ensimmäistä potilasturvallisuusstrategiaa. Potilasturvallisuutta käsiteltäessä oleellista on potilaan hoidosta seuranneen haittatapahtuman (vaurio tai vahinko) erottaminen potilaan perustaudin mahdollisesti aiheuttamasta sairastuvuudesta ja kuolleisuudesta. Toiseksi, koska potilas voi vahingoittua myös ilman, että virheitä (poikkeamia) on tapahtunut (esim. lääkkeen haittavaikutuksen seurauksena), tulee erottaa ennalta ehkäistävät haittatapahtumat ja väistämättömät haittatapahtumat (Kuva 15). (Aaltonen & Rosenberg 2013)

Sosiaalipalveluissa vastaavia määritelmiä ei ole löydettävissä, osittain koska turvallisuutta on käsitelty tutkimuksellisesti vähemmän, mutta edellä esitetyt periaatteet sopivat pääosin myös sosiaalipalveluihin. Potilasturvallisuus voidaan siis laajentaa käsittämään myös sosiaalipalveluiden asiakkaat. Alla olevassa kuvassa (Kuva 15) esitetty jaottelu on riippumaton toimialasta.

Kuva 15 Vaaratapahtumien kaavamainen jaottelu



Pronovost ym. (2009) sisällyttävät potilasturvallisuuden mittaamiseen ja edistämiseen viisi ulottuvuutta. Heidän mukaansa tärkeää on:

- arvioida potilasturvallisuustyön edistymistä
- soveltaa näyttöön perustuvat toimintatavat käytäntöön
- mitata ja kehittää organisaation kulttuuria
- tunnistaa ja vähentää tai poistaa työssä vaaraa aiheuttavat tekijät
- analysoida organisaation ominaispiirteiden ja potilaiden hoidon vaikuttavuuden välistä yhteyttä

Potilasturvallisuuden mittaamisessa korostuu valintaongelma karkeiden, yleisesti vertailukelpoisten mittarien ja tarkkaan määriteltyjen, usein pientä asiakas- tai potilasryhmää kuvaavien mittarien välillä. (Provonost ym 2009) Tapahtumien pieni lukumäärä aiheuttaa sen, että karkeat mittarit ovat herkkiä esimerkiksi erilaiselle potilasainekselle. Tarkkaan rajattujen mittarien ongelma taas on, että niiden avulla on vaikeampi saada kattavaa kuvaa turvallisuudesta. Provonost ym. (2009) korostavatkin ennakoivaa prosessinäkökulmaa turvallisuuden kehittämisessä, mikä näkyy edellä olevassa listassa. Listassa korostuvat turvallisuuden prosessien, toimintatapojen ja kulttuurin luomiseen liittyvät tekijät. Myös Pham ym. (2013) tuovat esiin, että haittatapahtumien mittaamisella pelkästään ei päästä turvallisuuteen kokonaisvaltaisesti käsiksi tai pystytäkään aukottomasti vertaamaan toimijoita, vaikka tämä onkin potilaiden, päättäjien ja johdon toive. He esittävät artikkelissaan, että mittaamisen tulisi ulottua myös siihen, kuinka järjestelmää kehitetään turvallisuuden näkökulmasta ("Make the measure of success system changes, rather than events reported".)

Provonost ym. 2009 ehdottavat turvallisuusmittariston rakenteeksi seuraavaa: 1) kuinka paljon haattatapahtumia sattuu, 2) kuinka suuressa määrin potilaita hoidetaan näyttöön perustuvien käytännöin, 3) ovatko havaitut vaaratapahtumat todella johtaneet organisaation toiminnan kehittämiseen, 4) miten turvallisuuskulttuurin edistäminen on toteutunut. Wakefield ja Jorm korostavat samoja ulottuvuuksia viitekehysessään (Kuva 16).

Kuva 16. Potilasturvallisuuden tasapainotetun mittariston viitekehys (Wakefield & Jorm 2009)

| 2 Balanced Patient Safety Measurement Framework | | | | |
|--|--|--|--|---|
| Measurement domain | What this measure is best for | Measurement source | What this measure cannot do | Use of this measure in Australia |
| Safety learning | Understanding <i>why</i> incidents occur | Incident reports Incident analysis findings Claims data | Determine safety performance (reported incidents actual incidents) | Well established |
| Safety action | Determination of whether the <i>corrective action</i> is being performed | Compliance audits of specific patient safety initiatives (eg, observation audit of handwashing) | Determine whether the action has led to improved safety (implementing a strategy does not guarantee improved safety) | Poorly established |
| Safety performance | Determination of true adverse event or injury <i>rate</i> | Coded medical record data for hospital acquired injury Trigger tools Standardised mortality data and variable life adjusted displays (VLADs) | Determine the underlying causes for incidents (merely knowing adverse event rate does not contribute to improved safety) | Variable |
| Patient experience | Understanding whether patients <i>feel safe</i> and trust health care staff and health care system and measuring patient reported harm | Patient surveys Complaints and compliments Online patient rating systems | Determine safety performance (feeling safe is important but is not necessarily equated with low rates of harm) | Variable |
| Staff attitudes and behaviour | Understanding organisational safety culture | Staff safety culture measurement tools (eg, Safety Attitude Questionnaire [SAQ]; Manchester Patient Safety Framework [MaPSaF]) | Determine safety performance | Variable |

OECD:ssä on potilasturvallisuusindikaattoreita kehitetty useita vuosia. Tällä hetkellä seurataan mm. vältettäviä sairaalajaksoja, kuolleisuutta tietyissä sairausryhmissä, kirurgisia komplikaatioita ja rokotuksia. (OECD Health at Glance 2015). Pohjois-Amerikassa Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) on määritellyt potilasturvallisuuteen liittyviä yksityiskohtaisia mittareita³. Useimmat indikaattorit kuitenkin ovat sairausryhmäspesifejä ja siten huomioivat vain osan palvelutuotannosta.

Tutkimuksessa tehdyissä haastatteluissa useat haastateltavat toivat esiin, että asiakas- tai potilasturvallisuuden osalta ei Suomessa olla tilanteessa, jossa voitaisiin luottaa tällä hetkellä saatavan tiedon riittävyteen turvallisuustilanteen todentamiseksi. Suomessa turvallisuuden seurantaan käytetään mm. korvattuja potilasvahinkoja tai kanteluita sosiaaliamiehelle, yhteydenottoja potilas- tai sosiaaliamieheen, HAIPRO-ilmoituksia, sairaalahoidon re-admissioita (ei kansallisella tasolla) tai sairaalainfektioita. Valtaosassa mittareita on kuitenkin puutteita. Esimerkiksi korvatut potilasvahingot ovat tiedossa vasta pitkän ajan kuluttua ja kantelut

³ http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec_ICD10_v60.aspx

sekä HAIPRO-ilmoitukset eivät ole yhteismitallisia, sillä niiden tekemisen aktiivisuus vaihtelee. Useissa haastatteluissa korostettiin lisäksi lääkitys- ja lääketurvallisuuden tärkeyttä, mutta varsinaisia mittareita sen seuraamiseen ei ole systemaattisessa käytössä. Haastattelujen ja tämän hetken mittareiden pohjalta näyttää, että keskeisintä olisi kehittää viitekehystä turvallisuuden mittaamiseen, jossa eri mittareiden heikkouksia tasapainotettaisiin toisilla mittareilla. Viitekehysten tulisi myös varmistaa, että turvallisuuteen liittyvät prosessit kehittyvät jatkuvasti ja että turvallisuuspoikkeamat johtavat muutoksiin toimintatavoissa.

SOTE-palveluiden turvallisuuden seurannan pohjaksi on hyvä hakea parhaita käytäntöjä ilmailusta, jossa turvallisuuteen on panostettu huomattavasti jo pitkään. Ennen kaikkea mittarien ja indikaattorien ryhmittely eri tasoille sekä niistä seuraavat prosessit ja muutokset toimintatavoissa ovat sellaisia, joista SOTE-sektorin turvallisuuskulttuurin luomisessa voidaan oppia.

Suomen ilmailun turvallisuustavoitteiden ja turvallisuusindikaattoreiden määrittelyn lähtökohdaksi on käytetty Euroopan ilmailun turvallisuusohjelman (EASP) periaatteita. Indikaattorit jaotellaan kolmeen eri tasoon. Euroopan ilmailun turvallisuusohjelma kuvaa tasoja ja jaottelun filosofiaa seuraavasti⁴:

1. TASO: käsittää onnettomuuksien ja vakavien vaaratilanteiden määrät ja on tarkoitettu lähinnä ”suurelle yleisölle” kuvaamaan turvallisuuden tason julkisuuteen näkyvää lopputulosta. Samoja 1-tason indikaattoreita seurataan niin Suomessa, EU-tasolla kuin maailmanlaajuisestikin
2. TASO: mittaa järjestelmän toimivuutta ja tiettyjä keskeisiä tapaustyyppisiä, jotka on kansainvälisestikin todettu yleisimmiksi / vakavimmiksi onnettomuustyypeiksi ja edellyttävän siksi seurantaa ja turvallisuutta parantavia toimenpiteitä. Tapaustyyppien määritelmät seuraavat kansainvälisiä määritelmiä.
3. TASOa kehitettäessä on lähdetty miettimään, mitkä ovat syytekijöitä 2-tason tapaustyypeille. Kun syytekijät ovat tiedossa, on etsitty tapaustyyppisiä / mittareita, jotka ilmentävät näitä syytekijöitä. Em. 3-tason indikaattoreita seuraamalla, luomalla niiden osalta turvallisuustavoitteet (Safety Performance Target) kansallisille toimijoille ja seuraamalla tavoitteiden toteutumista pyritään ehkäisemään 2-tason tapauksia. Samalla 3-tason seuranta mittaa tavoitteeksi asetettujen toimenpiteiden toimivuutta. 3-tason indikaattorit saattavat olla syytekijöitä useammalle kuin yhdelle 2-tason tapaustyyppille. 3-tason indikaattorien otsikon perään on merkitty sulkeisiin viittaus siihen 2-tason indikaattoriin, johon ko. asiassa on katsottu olevan merkittävin yhteys.

Potilasturvallisuutta kannattaa tulevaisuudessa kehittää edellä esitetyn ilmailun viitekehysten näkökulmasta: mitkä ovat keskeisimmät mittarit, joita seurataan kansallisella tasolla ja mitkä mittarit kuvaavat syitä ylempään tason tapauksille. Pham ym. (2013) nostavat saman asian esiin: mittareita pitää fokusoida ja priorisoida eri tasoille. Priorisoinnin perusteena voidaan heidän mukaan pitää esim. tapahtumien esiintymisen lukumäärää, tapahtuman haitan merkittävyyttä tai merkitystä potilaan kannalta. Viitekehystä kehitettäessä tulisi siis arvioida, mitkä mittarit kuvaavat yleisellä tasolla järjestelmän toimivuutta ja keskeisiä tapaustyyppisiä. Käytännössä alkuvaiheessa lienee syytä mitata enemmän turvallisuusprosessien toimintaa kuin seurata yksittäisiä turvallisuusmittareita. Yksittäisten mittarien seuraaminen voi luoda turvallisuuden harhaa, elleivät mittarit kata merkittävää osaa toiminnasta.

⁴ http://www.trafi.fi/filebank/a/1423813801/9a3f701930cb5327a9d76c949c3395dd/16832-Suomen_ilmailun_turvallisuusindikaattorit_ia_tavoitteet_v4_0_FIN.pdf

Haitan merkittävyyden näkökulmasta keskeisiä turvallisuuspoikkeamia ovat esimerkiksi haittatapahtumista aiheutuvat kuolemat. Haittatapahtumien määrää ei Suomessa ole tutkittu, mutta potilaan kuolemaan johtavia haittatapahtumia on arvioitu tapahtuvan jopa 700 – 1700 vuosittain (www.thl.fi). Toinen merkittävää haittaa kuvaava mittari on korvatut potilasvahingot.

Yksi keskeinen turvallisuuteen liittyvä menetelmä, josta on näyttöä sekä terveystalouden, että muiltakin toimialoilta kuten ilmailusta, on tarkistuslistan käyttö (Haynes ym. 2009). Lento-turvallisuuden nykyistä korkeaa tasoa pidetään pitkälti seurauksena systemaattisista turvallisuustarkistuksista (Pauniahho & Ikonen, 2010). WHO on kehittänyt leikkaustiimin tarkistuslistan, jota THL suosittelee Suomessakin käytettäväksi⁵. Tarkistuslistoja tulisi laajentaa muihinkin toimintoihin systemaattisesti.

2.5.2 Saatavuus

STM on määritellyt saatavuuden ja saavutettavuuden seuraavasti (STM muistio 4.4.2016 toimeksiantoon liittyen):

Saatavuus: Kuinka asukkaat saavat erityislakien, kuten sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain, terveydenhuoltolain ja muiden kunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevien lakien perusteella määräytyvät palvelut. Kuinka palvelut saadaan kohtuullisessa ajassa yhdenvertaisesti asuinpaikasta, sosioekonomisesta asemasta, sukupuolesta tai etnisistä tekijöistä riippumatta.

Saavutettavuus: Kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä välimatkojen, aukioloaikojen tms. näkökulmasta.

Hoidon saatavuudella kuvataan usein järjestelmän kykyä tuottaa palvelut sen piirissä oleville kattavasti. Termillä hoitopääsy voidaan lisäksi kuvata yksittäisen potilaan hoitopääsyn toteutumista tai hoitojärjestelmän tai -laitoksen kykyä varmistaa yksittäisten potilaiden hoitopääsy. Hoitojonolla puolestaan voidaan kuvata hoitoon jonottajien määrää tai jonossa vietettävää aikaa. (Peltari ja Kaila 2014)

Hoitotakuu määrittää, että ensiapuun ja kiireelliseen hoitoon on päästävä heti potilaan asuinpaikasta riippumatta. Kiireettömään hoitoon on asetettu määräajat mm. terveyskeskuksen hoidon tarpeen arvioon ja hoidon aloittamiseen sekä erikoissairaanhoidon hoidon tarpeen arvioon, tutkimuksiin ja sairaalahoitoon⁶. Sosiaalipalveluiden palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä. Tätä tarkempia määräaikoja on säädetty⁷:

- ikäihmisten palvelujen tarpeen arvioinnille
- vammaisten henkilöiden palvelutarpeen selvittämiseksi
- lastensuojelun tarpeen arvioinnille ja selvityksen tekemiselle selvityksen tekemiselle
- toimeentulotukipäätöksen tekemiselle

⁵ <https://www.thl.fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen/leikkaustiimin-tarkistuslista>

⁶ <http://stm.fi/hoitotakuu>

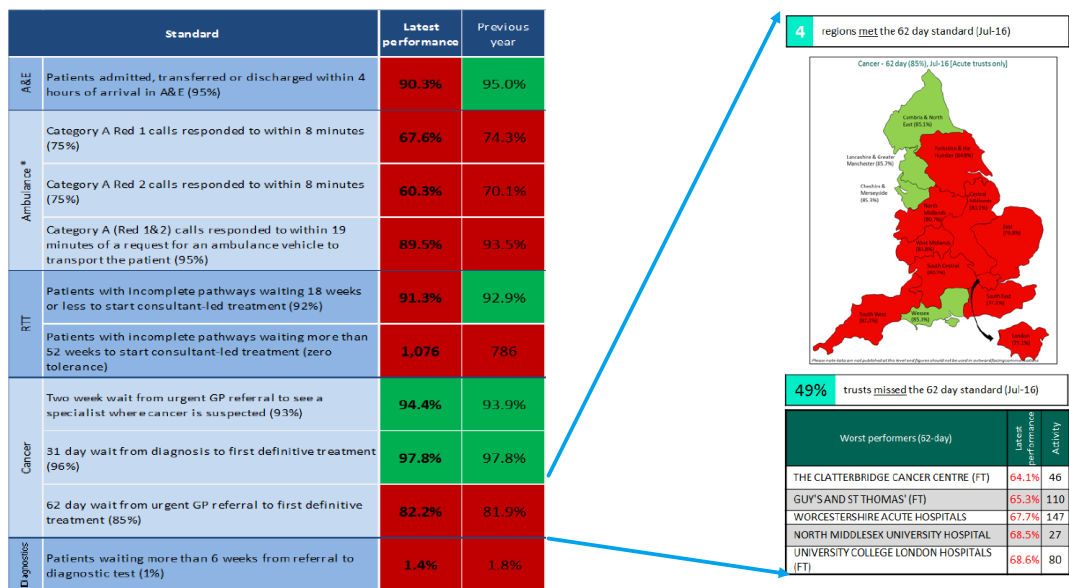
⁷ <http://stm.fi/sosiaalipalvelujen-saatavuus>

- toimeentulokiasiakkaan pääsy keskusteluun sosiaalityöntekijän tai sosiaaliohjaajan kanssa

Kunnan tai sairaanhoitopiirin on julkaistava vähintään neljän kuukauden välein internetissä tiedot kiireettömään hoitoon pääsyn odotusajoista. Lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää tietoja saatavuudesta ja julkaisee niitä internetissä (esim. www.thl.fi/tilastot/). Hoitotakuun ulkopuolisille palveluille, kuten päivystykselliset tai kiireelliset (esim. syövän hoito) terveystalvet tai sosiaalipalveluille ei vastaavaa seurantaa ole ollut, mutta 5.1.2017 päivätyn tiedotteen mukaan seurantaa laajennetaan kattamaan myös näitä palveluita (THL 2016).

NHS:ssä terveystalvet on jaettu kiireellisyyssegmentteihin ja ajallista saatavuutta seurataan suhteessa kullekin segmentille asetettuun tavoiteaikaan (Kuva 17). (NHS Provider Directors of Finance meeting, 20 September 2016) Suomen SOTE-palveluihin vastaava jaottelu sopii hyvin lisättyinä sosiaalipalveluilla. Kun kullekin palvelulle on määritelty tavoitteellinen saatavuus, voidaan mittarihierarkian ylätasolle muodostaa yksi päämittari: kuinka suuressa osassa palveluita saatavuus on tavoitteen mukaista. Kuten taulukosta ja kartasta havaitsee, saatavuuden mittaaminen suhteessa tavoitteeseen helpottaa myös nopeaa ymmärryksen muodostamista tilanteesta. Huomattavaa on myös mittaamisen kulttuuri: viher-punaväritys, sekä tulosten käsittely eri kategorioissa, kuten eniten parantaneet, eniten huonontaneet tai parhaiten ja huonoiten suorituneet.

Kuva 17. NHS:n saatavuuden seuranta.



Saatavuusmittarit ovat herkkiä manipuloinnille. Lisäksi on huomioitava, mitkä ovat prosessin mitattavat vaiheet tulevassa, integroidummassa järjestelmässä (Peltari ja Kaila 2014). Mikä on lähetteen merkitys ja miten suorat konsultaatiot huomioidaan saatavuudessa? Asiakkaan kannalta saatavuus on tärkeä, mutta vain osatekijä sille, että palvelutarve kokonaisuudessaan saadaan nopeasti tyydytettyä. Edellä mainittujen vuoksi on tärkeä mitata myös epidemien kokonaiskestoa kertaluonteisten, päättyvien palvelutarpeiden osalta. (OECD 2013)

Myös asiakasnäkökulma saatavuuteen on tärkeä, koska sillä voidaan saada varmuutta siihen, että mittauspisteet ovat relevantteja myös asiakaskokemukselle.

Haastatteluiden perusteella tällä hetkellä mitataan laissa säädettyjen aikarajojen toteutumisista, kuten erikoissairaanhoidon hoitotakuu, perusterveydenhuollon hoidon tarpeen arvioon pääsy sekä odotusaika vastaanotokäynnille ja sosiaalipalveluissa palvelutarpeen arvioon tekemiseen kulunut aika yhteydenotosta. Lakisääteisten aikaraamien seuraamisen lisäksi yleisesti seurattu saatavuuden mittari oli T3, eli kuinka monen päivän päässä tarkasteluhetkestä on kolmas vapaa vastaanottoaika lääkärille terveyskeskuksessa. Lisäksi suurimmassa osassa yhteispäivystyksiä seurataan läpimenoaikaa. Valmius saatavuuden mittaamiseen on hyvä, sillä tietojärjestelmät ja kansalliset rekisterit mahdollistavat jo nykyisin mittaamisen ja raportoinnin, kunhan mittauspisteet on sovittu.

2.5.3 Asiakaskokemus

Asiakaskokemus on käsitteenä laaja eikä sille ole olemassa yhtä vakiintunutta määritelmää. Asiakaskokemus tarkoittaa asiakkaan henkilökohtaista kokemusta kontaktista organisaatioon tai kokemusta organisaatiosta, joka muodostuu sekä suorista, että epäsuorista kontakteista organisaation kanssa. Asiakaskokemusta on kirjallisuudessa määritelty mm. seuraavilla tavoilla:

- "The customer experience originates from a set of interactions between a customer and a product, a company, or part of its organization, which provoke a reaction. This experience is strictly personal and implies the customer's involvement at different levels (rational, emotional, sensorial, physical, and spiritual)" (Gentile ym 2007).
- "Customer Experience is the internal and subjective response customers have to any direct or indirect contact with a company. Direct contact generally occurs in the course of purchase, use, and service and is usually initiated by the customer. Indirect contact most often involves unplanned encounters with representatives of a company's products, service or brands and takes the form of word-of-mouth recommendations or criticisms, advertising, news reports, reviews and so forth." (Meyer ja Schwager 2007, s. 118).

Yksi yleisesti (sosiaali- ja terveyspalveluiden ulkopuolella) käytetyistä asiakaskokemuksen mittareista on Net Promoter Score (NPS), jonka arvo vaihtelee välillä -100 (kukaan asiakkaista ei suosittele) ja 100 (kaikki suosittelevat). (Reichheld 2003). Kaksi kolmasosa suurimmista yrityksistä (Fortune 1000) käyttää NPS:ää asiakaskokemuksen mittaamiseen (Kaplan 2016). NPS:ssä kysymys on muotoiltu seuraavasti: Kuinka todennäköisesti suosittelet tätä yritystä ystävälle tai työtoverille? Vastaus on asteikolla 1-10 ja 9-10 vastanneet luokitellaan suosittelijoiksi, 7-8 neutraaleiksi ja 1-6 arvostelijoiksi. Mittarin arvo on suosittelijoiden prosenttiosuus vähennettynä arvostelijoiden prosenttiosuudella.

Terveystieteiden tutkimuksessa potilaskokemusta (Patient-Reported Experience Measures, PREM) on mitattu useilla eri tavoilla ja usein yksiköt ovat kehittäneet omia mittareitaan omiin käyttötarkoituksiinsa. Potilaskokemus on jaettu kahteen komponenttiin: tyytyväisyyteen ja kokemukseen palvelurakenteesta (esim. palveluiden saatavuus ja saavutettavuus) ja prosessista (esim. informaatio, vastaanotto/kontakti). (Nilsson ym. 2015)

Julkisesti rahoitetussa järjestelmässä on huomioitava, että asiakas- ja potilaskokemukset ovat yksilöllisiä ja niihin vaikuttaa yksilölliset odotukset, persoonallisuus ja aikaisemmat kokemukset palveluista (Revicki 2004). Koska asiakas ei maksa palvelusta täyttä hintaa, liiallinen

asiakaskokemuksen korostaminen voi nostaa palveluiden kokonaiskustannuksia, jos asiakaskokemuksen parantaminen ei samanaikaisesti paranna vaikuttavuutta.

Haastatteluiden perusteella tällä hetkellä asiakaskokemusta mitataan kansallisesti vain THL_n joka toinen vuosi toteuttamalla asiakastyytyväisyyskyselyillä. Tällöin kysely ei kohdistu yksittäiseen palvelutapahtumaan, vaan vastaajan yleiseen tyytyväisyyteen palveluista, ja vastausmäärät jäävät yksittäisessä kunnassa pieniksi. Palvelutapahtumaan liittyvää asiakaskokemusta mitataan julkisissa palveluissa vaihtelevasti: osassa kunnista kerätään systemaattisesti, osassa vain joissain palveluissa ja osassa ei ollenkaan. Yleisimmin julkisissa palveluissa käytössä oleva mittari on "happy or not" –automaatti, mutta varsinaiset asiakaskyselyt eivät ole yhdenmukaisia, vaan kuntien itse laatimia. Kokemusasiakkaita ja asiakasraateja on myös käytetty keräämään laadullista tietoa asiakaskokemuksesta ja ideoita asiakaskokemuksen parantamiseksi. Yksityisissä terveyspalveluissa puolestaan asiakaskokemusta mitataan systemaattisesti. Yksityisten palveluntuottajien ylisimmin käyttämä mittari oli Net Promoter Score (NPS). (Reicheld 2003).

2.6 Vaikuttavuus

Perinteisesti terveystaloustieteessä **vaikuttavuus**-termillä tarkoitetaan toiminnalla aikaansaattua, rutiiniolosuhteissa tapahtunutta muutosta ihmisten terveydentilassa (Sintonen ja Pekuriinen 2006, Drummond 2005, Malmivaara 2013). Palveluissa tuotos tarkoittaa tuottajan tekemiä suoritteita tai toimenpiteitä. Vaikuttavuus voidaan todeta vertaamalla tiloja ennen ja jälkeen intervention: poistuiko kipu, liikkuuko jalka, onko henkilö työkykyinen? Muutoksen voivat aiheuttaa toimenpiteet, asiakkaan omat toimet sekä järjestelmän ulkopuoliset tapahtumat. Tuottavuus on tuottajakeskeinen, vaikuttavuus puolestaan potilaskeskeinen käsite. Arkivaikuttavuuden lääketiede (Malmivaara 2013) korostaa osaamista, näyttöön perustuvaa medisiinaa, laatua, hoitoketjuja ja vertaiskehittämistä.

Sanaa *kustannusvaikuttavuus* voidaan käyttää jos halutaan korostaa erityisesti rahassa laskettavissa olevia kustannuksia. Esimerkiksi viime aikoina kansainvälisesti paljon keskustelussa arvoperustaisessa terveydenhuollossa (value based healthcare), keskeiseksi terveyspalvelujärjestelmän tavoitteeksi on nostettu kustannusvaikuttavuus (health outcomes / cost). (Porter 2010 ja 2016) Vaikuttavuudessa pitäisi kuitenkin huomioida myös tekijät, jotka eivät käänny helposti rahaksi. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi potilaan aika, vaiva sekä kipu.

Vaikuttavuuden mittaamista tarvitaan sekä palveluketjujen kehittämiseen että järjestelmän arviointiin. Tällöin ymmärretään, mitä seikkoja on otettava huomioon, kun vaikuttavuustietoa kytketään johtamisen tueksi mittariston avulla ja mitä etuja ja haittoja erilaiset valinnat aiheuttavat mittariston luotettavuuden, nopeuden ja tasapainon kannalta.

2.6.1 Palvelu- ja hoitoketjujen vaikuttavuus

Vaikuttavuuteen perustuvan johtamisen perusongelma on, että suoritteen ja vaikuttavuuden välinen suhde ei välttämättä ole suoraviivainen. Suoritetuotannon tuottavuutta voidaan johtaa erilaisilla tehokkuusmenetelmillä, kun taas vaikuttavuudessa voi tulla mukaan tekijöitä, jotka eivät ole palveluntuottajan suorassa ohjauksessa. Tämä on tilanne etenkin SOTE-palveluiden tuotannossa, jossa asiakkaan omalla käyttäytymisellä, geeniperimällä ja ympäristöllä on monesti paljon suurempi vaikutus kuin palveluilla itsellään.

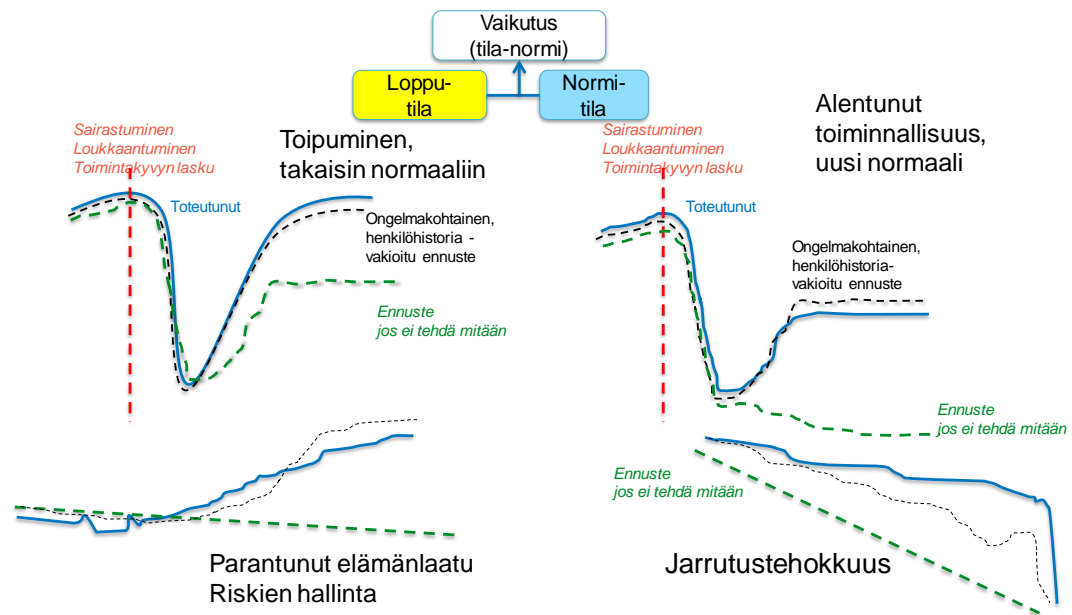
Autotehtaassa ruuvien kiinnittäminen oikealla tavalla johtaa yksiselitteisesti toivottuun vaikutukseen: ruuvit ovat kiinni. Vain harvoissa sosiaali- ja terveydenhuollon prosesseissa suoritteen ja vaikuttavuuden välinen yhteys on kuitenkaan yhtä lailla deterministinen. Väliin tulee joukko epävarmuustekijöitä kuten diagnoosin oikeellisuus, toimenpiteen sopivuus potilaan geneettiseen profiiliin, hoitovaste sekä hoitomyöntyvyys. Kliinisissä tutkimuksissa pyritään sulkemaan pois kaikki ulkopuoliset tekijät, jotta suoritteen vaikuttavuus saataisiin puhtaana esiin. Arkivaikuttavuuden mittauksessa toimitaan päinvastoin, lopputulokseen vaikuttavat ulkopuoliset tekijät pitää tunnistaa.

Tuottavuutta voi mitata ilman tietoa yksittäisistä asiakkaista tai potilaista. Laskemalla suoritemäärät selvitetään niiden tuotantokustannukset ja yksinkertaisella jakolaskulla saadaan tuottavuusluku. Vaikuttavuutta tulee kuitenkin mitata yksilötasolla kokonaisissa palvelu- tai hoitopoluissa (Porter ja Guth 2012 s. 27-28). Palvelu- ja hoitopolut tulee liittää palvelutarpeisiin ja terveysongelmiin (medical condition). Tällöin vaikuttavuustieto voidaan aggregoida potilas- tai asiakasryhmätasolle ja toisaalta saadaan viitearvo yksilötason vaikuttavuudelle: oliko tulos samanlainen kuin muilla saman asiakasryhmän asiakkailla keskimäärin, vai havaitaanko poikkeama.

Kun vaikuttavuus on todettu ja potilaan tila on määritelty jollakin ajan hetkellä, seuraa kysymys, onko vaikuttavuus hyvä vai huono? Tätä voidaan arvioida useilla eri tavoilla. Ensinnäkin voidaan verrata nykytilaa lähtötasoon ennen palvelutarpeen tai terveysongelman alkua ja siten todeta, missä määrin palvelutarve pystyttiin tyydyttämään tai potilas toipui ennalleen. Toiseksi voidaan verrata vaikuttavuutta skenaarioon, jossa mitään ei olisi tehty. Kolmanneksi voidaan verrata vaikuttavuutta ennusteeseen, laskennalliseen tavoitearvoon, joka kuvaa tyyppillistä vaikuttavuutta kyseessä olevassa palvelutarpeessa tai terveysongelmassa. Neljänneksi voidaan käyttää benchmarkingia ja verrata vaikuttavuutta muihin tuottajiin tai valtakunnalliseen keskiarvoon.

Vaikuttavuuden mittaamisen näkökulmasta asiakkaat jakautuvat siis karkeasti kahteen segmenttiin: tilan paranemiseen tähtäävät (päätyvät) palvelupolut sekä toimintakyvyn tai terveyden heikkenemisen ehkäisyyn tähtäävät (päättymättömät) tapaukset. Erilaisissa tapauksissa oletetut ”vaikuttavuuskäyrät” ovat erilaisia (Kuva 18).

Kuva 18. Erilaiset skenaariot terveydentilan ja toimintakyvyn kehitykselle suhteessa ennakoituihin kehityksiin ja vaikuttavuuskäyriin (Muokattu Lillrank 2016 pohjalta)



Vaikuttavuuden mittaamisessa haasteena on aikaulottuvuus. Tuottavuuden mittaamisessa aika on yksinkertainen: kun suorite on valmis ja laatuksiteerit täyttyvät, se voidaan kirjata tuotokseksi. Vaikutukset saattavat kehkeytyä vasta ajan myötä. Esimerkiksi leikkauspotilaan tila kehkeytyy varsinaisen leikkaustoimenpiteen jälkeen sekä aktiivisten muiden toimenpiteiden (esim. kuntoutus) että passiivisten toimien seurauksena. Vaikuttavuuden mittaaminen edellyttää siis järjestelmää, jossa tuloksia tarkastellaan sekä lyhyellä että pitkällä seuranta-ajalla. Lyhyen seurannan etu on se, että tietoa saadaan nopeasti johtamisen tueksi, mutta toisaalta haittana voi olla tiedon luotettavuus. Pitkässä seurannassa saadaan tarkempaa tietoa, mutta tiedon käyttöarvo on vähäisempi, koska tieto voi olla johtamisen näkökulmasta vanhentunutta. Usein lyhyen aikavälin tulos indikoi pidemmän aikavälin tulosta, mutta ei välttämättä. Tämän vuoksi operatiivisessa johtamisessa voidaan käyttää lyhyen aikavälin tietoa tukena, mutta strategiseen johtamiseen ja toiminnan arviointiin tarvitaan myös pidemmän aikavälin tietoa. Tarvitaan siis kaksi mittauspistettä: pian palvelu- tai hoitoketjun päättymisen jälkeen (esim. 1 vko tai 1 kk) sekä 12 kk kohdalla (useimmissa mittareissa kansainvälinen standardi, mikä mahdollistaa vertailukelpoisuuden). Joidenkin tapausten kohdalla tarvitaan vieläkin pidemmän aikavälin seuranta, kuten ennaltaehkäisyssä, syöpätautien hoidossa tai lastensuojelussa.

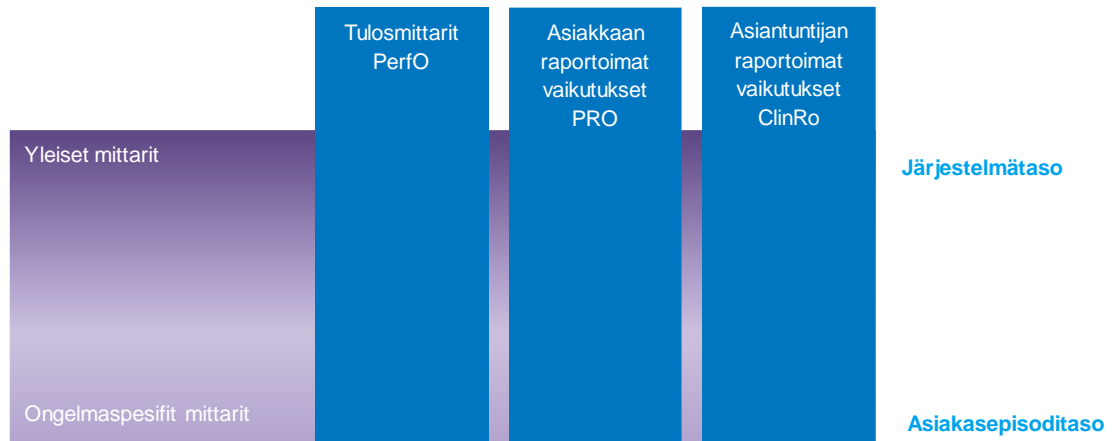
Kun vaikuttavuus on todettu ja arvioitu, se tulee yhdistää potilaskohtaiseen resurssikulutukseen, jotta kustannusvaikuttavuutta voidaan mitata. (Porter ja Guth, 2012) Vaikuttavuuden perustana on aina oltava asiakaskohtainen mittaaminen. Päätyvissä episodeissa tämä tarkoittaa terveysongelman- tai ongelmien tai palvelutarpeen hoitamiseen liittyvää kokonaisuutena. Jatkuviissa palveluissa tämä tarkoittaa puolestaan asiakaskohtaista mittausta yli ajan. On siis selvitettävä, miten paljon resursseja käytettiin vaikutuksen aikaansaamiseen. Tämä edellyttää asiakas- ja episodikohtaista kustannuslaskentaa ja -seuranta.

2.6.2 Vaikuttavuuden eri ulottuvuudet järjestelmätasolla

Vaikuttavuutta voidaan mitata tarpeen mukaan eri näkökulmista eri ajan hetkillä. Vaikuttavuutta on arvioitu sekä ammattilaisen tekemien arviointien (Clinician-reported Outcomes,

ClinRo), potilaan tekemien arviointien (Patient-Reported Outcomes, PRO) että tulomuuttujista tehtyjen arviointien (Performance Outcome, PerfO). Tutkimuksissa on havaittu, että nämä eivät käyttyäy johdonmukaisesti samansuuntaisesti (Chassany ym. 2006, Christodoulou ym. 2014, Thyberg ym. 2005), minkä vuoksi näitä näkökulmia on mitattava yhdessä kokonaiskäsityksen muodostamiseksi (Nilsson ym. 2015). Sosiaalipalvelut huomioiden voidaan potilaan raportoimat vaikutukset laajentaa asiakkaan raportoimiksi vaikutuksiksi (Consumer-reported Outcome measures (CROM), (Ruano-Rodríguez 2015). PROM:it voidaan jaotella yleisiin (generic) ja tauti-/ongelmaspesifeihin (disease-specific) mittareihin (Black 2013, Nilsson ym. 2015). Vastaavaa jaottelua voidaan käyttää myös muihin vaikuttavuuden osalualueisiin. Esimerkiksi kuolleisuus on yleisen tason tulomittari, mutta sen relevanssi vaikuttavuusmittarina vaihtelee esimerkiksi terveysongelman tai asiakastarpeen mukaan. Syövä hoidossa kuolleisuus voi olla myös yksi keskeisistä ongelmaspesifeistä mittareista, mutta esimerkiksi rannemurtumapotilaiden tai lastensuojelun asiakkaiden osalta keskeiset vaikuttavuusmittarit voivat olla toisen tyyppisiä. Alla on hahmotettu vaikuttavuusmittarien kokonaisuutta SOTE-palvelujärjestelmässä (Kuva 19).

Kuva 19. Vaikuttavuusmittarien dimensiot SOTE-palvelujärjestelmässä



Kirjallisuuden perusteella vaikutta siltä, että sosiaalipalvelujen vaikuttavuuden arviointi ei ole kehittynyt yhtä pitkälle kuin terveyspalvelujen. Clarkson ym. (2010) ovat todenneet sosiaalipalvelujen suorituskyvyn mittaamisen olevan alkutekijöissään verrattuna terveyspalveluihin. Bergström (2002) on Ruotsin sosiaalipalveluja tutkiessaan tehnyt havainnon, että sosiaalipalvelujen lopputuotoksen mittaamista pidetään jopa epäeettisenä, mikä vaikuttaa arvioinnin vähyteen. Palvelujen asiakkaille tuottamaa elämänlaatua voidaan arvioida kyllä laajasti (esim. WHOQoL-BREF), mutta yhteismitalliset mittarit puuttuvat. ASCOT-mittarin avulla voidaan mitata sekä elämänlaatua että palvelujen vaikuttavuutta. Teknisessä mielessä mittari rakentuu samoin kuin useat terveyteen liittyvä elämälaatu mittaavat mittarit, mutta sisällöllisesti ASCOT mittaa enemmän toimintakykyä ja selviytymistä arkipäivän toimista kuin terveyttä. Koska ongelmat arkipäivän toiminnoissa voivat lisääntyä ikääntymisen ja vammautumisen myötä, mittari soveltuu erityisen hyvin vanhus- ja vammaispalvelujen vaikuttavuuden arviointiin (myös Malley ym. 2012). ASCOT tuottaa yhden elämänlaadun indeksiluvun painottamalla mittarin osa-alueita hyötypainoilla. Muita sosiaalipalveluissa käytettyjä mittareita ovat mm. AVAIN aikuissosiaalityössä (Kivipelto ym. (2013) sekä Kivipelto ja Saikkonen (2013)), RAI ja RAVA vanhuspalveluissa (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014).

Tulosmittarit (PerfO)

Tulosmittareilla tarkoitetaan tietojärjestelmiin kirjautuvaan, rakenteisen tiedon perusteella todennettavissa olevaa vaikuttavuutta. Olennaista tulosmittareissa on, että ne ovat jälkikäteen

todennettavissa kiistattomista merkinnöistä potilas- tai asiakastietojärjestelmissä tai kansallisista rekistereistä. Asiakassegmenttitasolla käytettyjä tulostittareita ovat mm. PERFECT-hankkeessa muutamalle sairausryhmälle laaditut mittarit, kuten osuus potilaista, jotka asuvat kotona 12kk akuutin tapahtuman jälkeen.

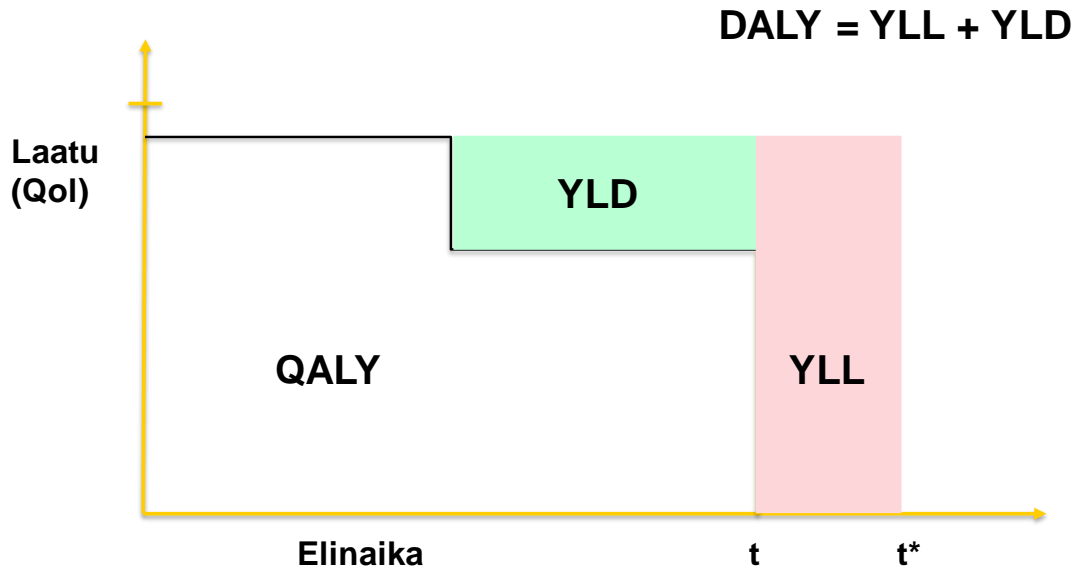
Tyypillisiä esimerkkejä tulostittareista, joita on väestötasolla käytetty kuvaamaan vaikuttavuutta, ovat kuolleisuus, menetetyt elinvuodet (PYLL), työkyvyttömyyseläkkeiden määrä, kotona asuvien ikäihmisten osuus ikäryhmästä sekä kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten osuus kaikista lapsista.

Yksi kansainvälisesti käytetty väestötasolle aggregoitu vaikuttavuutta kuvaava tulostittari on menetetyt toimintakykyiset elinvuodet, ”disability-adjusted life years” (DALY). DALY muodostuu kahdesta komponentista (Kuva 20): ennenaikaisista kuolemista (years of life lost prematurely, YLL) ja alentuneen toimintakyvyn vuoksi menetetyistä elinvuosista (years lost due to disability, YLD). Mittaria on kehitetty 1990 -luvulta alkaen tuottamaan päätöksentekijöille vertailukelpoista tietoa ennen kaikkea allokaationäkökulmasta: mitkä ovat eniten terveyttä ja toimintakykyä alentavia tekijöitä ja mihin asiakas- tai potilasryhmiin tulisi järjestelmätasolla panostaa. (Murray ym. 2012)

Tällä hetkellä Suomessa mitataan jo menetettyjä elinvuosia (PYLL, <http://www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/>), joka määritelmänsä mukaan on sama kuin DALY:n YLL. Eli tulevaisuudessa mittariin tulisi lisätä YLD-komponentti, joka kuvaa eri terveysongelmien tai alentuneen toimintakyvyn merkitystä yli ajan.

DALY-painoja (Global burden of disease weights, GBD weights) eri sairauksiin tai palvelutarpeisiin on saatavissa kansainvälisistä tutkimuksista (Salomon ym. 2015 tai <http://ghdx.health-data.org/record/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-disability-weights>). Kuitenkin kansallisen käyttöönoton yhteydessä tarvitaan tarkennuksia etenkin sosiaalipalveluiden painojen määrittämiseen. Lisäksi on syytä arvioida, ovatko kansainväliset painot sellaisenaan soveltuvia suomalaiseen järjestelmään. Painokerroin käytännössä määrittää, kuinka suuren vajeen elämänlaatuun (Quality of life, QoL) kukin terveysongelma tai toimintakykyvaje aiheuttaa.

Kuva 20 Menetettyjen toimintakykyisten elinvuosien komponentit



DALY on järjestelmätasolla mielekästä raportoida, kuten PYLL-mittarikin, suhteessa väestömäärään (Kuva 21). Selittävänä muuttujana on mielekästä tarkastella, missä palveluissa tai missä asiakasryhmissä on suurimmat toimintakykyvajheet. Murrayn ym. (2012) tutkimuksessa suurimmat toimintakykyvajetta aiheuttaneet ryhmät Länsi-Euroopassa olivat 1. selkäkipu, 2. iskeemiset sydänsairaudet, 3. aivoverisuonisairaudet, 4. depressio ja 5. henkitorvi ja keuhkosityöpä. On huomattava, että tutkimus keskittyi terveysongelmiin, jolloin sosiaalipalveluihin liittyviä palvelutarpeita ei arvioitu.

Kuva 21. Alentuneen toimintakyvyn elinvuodet kansainvälisesti 1990 ja 2010. (Murray ym. 2012)

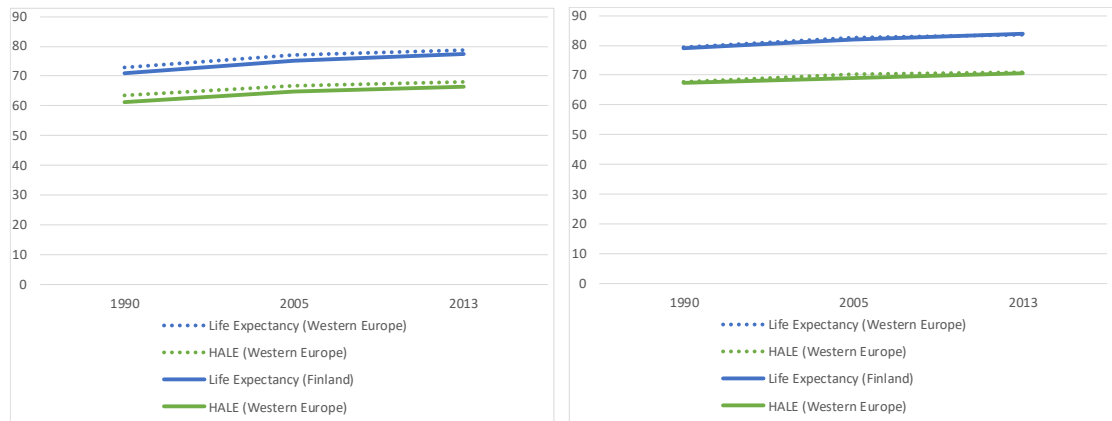
| | Total DALYs (thousands) | | | DALYs (per thousand) | | |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------|----------------------|---------------|-------|
| | 1990 | 2010 | %Δ | 1990 | 2010 | %Δ |
| High-income Asia Pacific | 38 934 (35 997–42 301) | 42 486 (38 842–46 586) | 9.1 | 231 (213–250) | 239 (218–262) | 3.5 |
| Western Europe | 115 151 (106 794–124 174) | 113 364 (103 991–123 930) | -1.6 | 302 (280–326) | 272 (250–298) | -9.8 |
| Australasia | 5382 (4966–5853) | 6101 (5538–6733) | 13.3 | 264 (243–287) | 235 (214–260) | -10.7 |
| High-income North America | 79 582 (74 150–85 639) | 91 073 (84 342–98 239) | 14.4 | 287 (267–309) | 268 (248–289) | -6.6 |
| Central Europe | 43 442 (40 918–46 341) | 38 978 (36 355–41 960) | -10.3 | 355 (335–379) | 327 (305–353) | -7.9 |
| Southern Latin America | 14 626 (13 755–15 688) | 15 562 (14 458–16 917) | 6.4 | 299 (281–321) | 259 (240–281) | -13.5 |
| Eastern Europe | 88 654 (84 173–93 891) | 93 104 (88 367–98 267) | 5.0 | 400 (380–424) | 449 (427–474) | 12.3 |
| East Asia | 379 565 (355 627–405 991) | 332 437 (306 978–358 541) | -12.4 | 319 (299–342) | 238 (220–257) | -25.5 |
| Tropical Latin America | 53 824 (50 633–57 102) | 56 781 (52 636–61 338) | 5.5 | 349 (329–371) | 281 (261–304) | -19.5 |
| Central Latin America | 53 375 (50 672–56 555) | 57 706 (53 753–61 997) | 8.1 | 321 (305–340) | 250 (233–268) | -22.2 |
| Southeast Asia | 192 296 (180 655–204 699) | 188 512 (175 435–202 574) | -2.0 | 418 (392–444) | 309 (287–332) | -26.0 |
| Central Asia | 30 298 (28 853–31 889) | 28 539 (26 801–30 395) | -5.8 | 441 (420–464) | 356 (334–379) | -19.3 |
| Andean Latin America | 16 513 (15 558–17 564) | 14 164 (13 074–15 304) | -14.2 | 427 (402–454) | 265 (244–286) | -38.0 |
| North Africa and Middle East | 123 183 (116 867–130 540) | 124 617 (115 374–134 555) | 1.2 | 408 (387–432) | 279 (259–302) | -31.5 |
| Caribbean | 15 582 (14 757–16 483) | 26 698 (21 182–39 812) | 71.3 | 437 (414–462) | 614 (487–915) | 40.6 |
| South Asia | 747 529 (705 906–798 664) | 680 859 (633 905–727 982) | -8.9 | 665 (628–710) | 422 (393–452) | -36.5 |
| Oceania | 4015 (3527–4618) | 4779 (3907–5825) | 19.0 | 621 (546–714) | 481 (393–586) | -22.6 |
| Southern sub-Saharan Africa | 23 794 (22 429–25 299) | 44 027 (41 666–46 474) | 85.0 | 452 (426–481) | 625 (591–659) | 38.1 |
| Eastern sub-Saharan Africa | 207 130 (196 459–219 636) | 204 526 (193 904–216 317) | -1.3 | 994 (943–1054) | 575 (546–609) | -42.1 |
| Central sub-Saharan Africa | 60 702 (56 022–66 082) | 77 391 (71 187–83 385) | 27.5 | 1132 (1044–1232) | 802 (738–864) | -29.1 |
| Western sub-Saharan Africa | 209 023 (196 925–221 795) | 248 683 (232 208–266 906) | 19.0 | 1040 (980–1103) | 740 (691–794) | -28.8 |

Data are DALYs (95% uncertainty intervals) or % change. DALY=disability-adjusted life years. %Δ=percentage change.

Table 3: Disability-adjusted life years for 291 causes by region for 1990 and 2010, and the percentage change from 1990 to 2010

Suomessa keskeisimmiksi menetettyjä toimintakykyisiä elinvuosia aiheuttaviksi terveysongelmiksi on todettu 1) iskeemiset sydänsairaudet, 2) selkäsairaudet, 3) kaatumiset, 4) Alzheimerin tauti ja 5) aivohalvaus (GBD Collaborators 2015). Samassa tutkimuksessa terveiden elinvuosien määrä vuonna 2013 oli miehillä 66,4 ja naisilla 70,68 (Kuva 22). Suomessa terveiden elinvuosien määrä kasvoi miehillä 5 vuotta 1990-2013 ja naisilla 3,4 vuotta, mutta erotus eliniän odotteen ja terveiden elinvuosien välillä kasvoi sekä miehillä että naisilla 1,4 vuotta.

Kuva 22. Eliniän ja terveiden elinvuosien odotteet Länsi-Euroopassa ja Suomessa 1990, 2005 ja 2013. (GBD Collaborators, 2015)



Asiakkaan raportoimat mittarit (PRO)

Termiä 'PROM' (patient-reported outcome measure) käytetään sateenvarjokäsitteenä sekä yksilötoisten että useiden ulottuvuuksien itsearviointimittareille, joilla arvioidaan mm. oireita, toimintakykyä, elämänlaatua (QoL) tai terveyteen liittyvää elämänlaatua (HRQL), terveydentilaa, hoidon vaikutuksia arjessa, hoitomyöntyvyyttä ja tyytyväisyyttä hoitoon. PROM:illa saadaan tietoa yksilön kokemuksista, ajatuksista, ja tuntemuksista omasta tilanteestaan tai hoidosta. Yleisesti (asiakkaan tai) potilaan raportoimat vaikuttavuusmittarit (CROM/PROM) muodostuvat kolmesta kategoriasta: 1) oireet (sekä esiintyminen että vakavuus), 2) toimintakyvystä sekä 3) terveydentilasta tai terveyteen liittyvästä elämänlaadusta (Wilke ym 2004). Tutkimukset ovat toistaiseksi painottuneet terveyspalveluihin (PROM), mutta vastaavaa jaottelua voidaan analogisesti laajentaa keskeisiin sosiaalipalveluihin. Varsinaisissa mittareissa voi tällöin painottaa enemmän toimintakykyyn ja arjessa pärjäämiseen liittyvät näkökulmat terveydentilan sijaan. (Klemola 2015)

Konu et al. (2009) ovat listanneet esimerkkejä yleisistä elämänlaadun mittareista, joiden muutoksia voidaan käyttää geneerisinä vaikuttavuusmittareina:

- 15D, yksi luku ja profiili (alun perin Sintonen, 2001)
- EQ-5D, indeksi ja profiili, EuroQoL ryhmän mittari (alun perin Rabin ja Charro, 2001)
- RAND-36 tai SF-36, profiili (alun perin Hays ja Morales, 2001)
- the Assessment of Quality of Life (AQoL), yksi luku ja profiili (alun perin Hawthorne et al., 2001)
- Health Utilities Index (HUI), yksi pistemäärä (alun perin Furlong et al., 2001)

Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®) on kehitetty National Institute of Healthin (NIH) ja useiden tutkimuslaitosten ja tiedeyhteisöjen yhteistyönä vuosina 2004-2014. PROMIS® on osa NIH:n yleishyödyllisen rahoituksen (NIH Common Fund) aloitetta kehittää teknisiä rakenteita, jotka tukevat NIH-rahoitteista kliinistä tutkimusta eri laitosten, alojen, sairauksien ja väestöryhmien välillä. PROMIS® on terveyslähtöinen, ei sairauslähtöinen mittaristo. PROMIS® mittaa sellaisia toimintakyvyn ja hyvinvoinnin tekijöitä, jotka ovat relevantteja useimmissa sairauksissa. (www.healthmeasures.net) PROMIS® mittarit pohjautuvat WHO:n terveyden kolmijakoiseen viitekehykseen, joka koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta terveyden ulottuvuudesta sekä aikuisille että lapsille (Cella ym. 2010).

Sairausspesifien mittareiden kirjosta saa hyvän yleiskuvan niitä järjestelmällisesti seuraavasta tietokannasta (Patient Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database). 31.10.2014 kannasta löytyi 885 instrumenttia, joilla voidaan mitata vaikuttavuutta sairausspesifisesti. Esimerkkeinä elämänlaadun kyselylomake endometrioosia sairastaville ja lasten Chronin tautiin liittyvä aktiivisuusindeksi. Kuntaliitto (2011) suosittelee, että sairaanhoitopiiriin tai erikoisalayhdistysten tulisi valita muutama erikoisalakohteisesti suositeltava sairausspesifinen elämänlaatumittari vaikuttavuustiedon keräämiseen. Vain näin voidaan saada eri hoitoyksiköiden vertailun mahdollistavaa tietoa. (Klemola 2015)

Black (2013) on listannut potilaalta kerättävän informaation keskeisimmiksi kehittämiskohteiksi 1) tiedonkeruun, siihen liittyvän analytiikan ja tulosten esittämisen prosessiin liittyvien kustannusten minimoinnin, 2) riittävän korkeiden vastausprosenttien saamisen 3) sekä vaikutuksiin, turvallisuuteen että kokemuksiin liittyvän tiedon keräämiseen.

Asiantuntijan raportoimat mittarit (ClinRo)

Asiantuntijoiden raportoimat mittarit ovat keskeisessä roolissa etenkin niillä asiakas- tai potilasryhmillä, jotka eivät ole täysin kykeneviä itse arvioimaan omaa toimintakykyään tai terveydentilaansa. Tämän vuoksi esimerkiksi vanhus-, vammais- ja päihde- ja mielenterveyspalveluissa käytetään mittareita, joissa arvioinnin tekee ammattilainen (kuten vanhuspalveluiden RAI, RAVA ja MMSE).

Asiantuntijoiden raportoimien mittareiden merkitys on suurempi asiakas- tai potilasryhmätasolla, koska useimmat mittarit ovat spesifejä liittyen tiettyyn terveysongelmaan tai tiettyntyyppiseen toimintakykyvajeeseen. Näiden merkitys on siis suurempi laaturekisterityyppisessä toiminnassa kuin järjestelmätason arvioinnissa. Tämän vuoksi raportissa ei ole painotettu asiantuntijoiden raportoimien mittarien tarkastelua.

Vaikuttavuuden mittaamisen nykytila Suomessa

Kansallisella ja sairaanhoitopiiritasolla vaikuttavuutta on seurattu kansanterveyden kehityksen näkökulmasta: seurataan menetettyjä elinvuosia sekä kuolleisuutta eri sairauksiin. Lisäksi tilastoidaan esimerkiksi erilaisissa laitoksissa asuvien määrää sekä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvien määrää, mitä voidaan pitää vaikuttavuuden seuraamisena. Palvelujärjestelmän vaikuttavuutta näillä mittareilla ei yksinään voi mitata, sillä monet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ulkopuoliset tekijät vaikuttavat näihin mittareihin. Asiakasryhmätason vaikuttavuusmittareita on kansallisella tasolla kehitetty muutama merkittävään sairausryhmään (PERFECT-hanke). Näillä mittareilla saadaan tietoa koko palveluketjun vaikuttavuudesta, kuten kotona vuoden päästä aivoinfarktista asuvien osuudesta. Nykyään kansallisella tasolla käytössä olevat vaikuttavuusmittarit perustuvat rekisteritietoon. Potilaan tai asiakkaan itse raportoimia toimintakyky- tai terveydentila- tai elämänlaatutietoja (PROM) ei kerätä kansallisella tasolla.

Haastatteluiden perusteella kuntatasolla vaikuttavuutta ei mitata systemaattisesti. Joissain kunnissa perusterveydenhuollossa seurataan riskitekijöiden, kuten verenpaineen, kolesterolin, painoindeksin ja pitkän verensokerin kehitystä. Etenkin sosiaalipalveluissa on yleisesti käytössä erilaisia toimintakykymittareita, esimerkiksi vanhuspalveluissa RAI, RAVA ja MMSE. Mittareita ei kuitenkaan tyypillisesti käytetä vaikuttavuuden seurannassa, vaan palvelutarpeen arvioinnissa ja palveluiden myöntämisen perusteena. Mikään ei kuitenkaan estäisi mittaamasta esimerkiksi kuntoutusintervention vaikuttavuutta muutoksena asiakkaan RAI-pisteissä.

Jotkut julkiset palveluntuottajat, pääsääntöisesti yliopisto- tai keskussairaalta mutta myös muutamat kaupungit, ovat ottaneet käyttöön potilaan tai asiakkaan itse raportoimia mittareita. Mittareita ei kuitenkaan ole käytössä koko kunnassa tai sairaalassa, vaan valikoiduissa potilas- tai asiakasryhmissä. Tyypillisimmin käytössä on ollut 15D-elämänlaatumittari. Itsearviointimittarien käyttöönotto on myös saattanut tapahtua hankkeen yhteydessä, jolloin hankkeen päädyttyä itseraportointimittarien käyttö on saattanut vähentyä tai loppua kokonaan.

2.6.3 Vaikuttavuusmittariston rakentaminen

Mittaamisnäkökulmaa arvioitaessa kaiken perustana on, kuten aiemmin on todettu, tavoitteet ja käyttötarkoitus. Järjestelmätasolla tarvitaan tietoa, tehdäänkö oikeat asiat oikein: onko voimavarat suunnattu vaikuttavuuden näkökulmasta oikeille asiakas- ja potilasryhmille sekä saadaanko aikaan niin paljon vaikutuksia ja niin vähän haittaa kuin mahdollista (Malmivaara 2013 ja Muir Gray 2004). Tällöin tavoitteena on siis pystyä yhteismitallistamaan ja vertaamaan eri palveluita. Asiakasepisoditasolla tietoa tarvitaan esimerkiksi oikean palvelun tai hoidon valitsemiseksi (sekä asiakas että asiantuntija) tai tietyn palvelu- tai hoitokokonaisuuden vaikuttavuuden arvioimiseksi. Tällöin arvioidaan eri palveluntuottajia tai palveluita saman ongelman ratkaisemisessa. Järjestelmätason mittaristoa rakennettaessa on arvioitava mittariston muodostamista sekä järjestelmätasolta asiakasepisodiin suuntaan (TOP-DOWN) että asiakasepisodista summaamalla (BOTTOM-UP).

Asiakasepisodisuuntaista mitaamista on tehty laajalti esim. Ruotsin laaturekistereissä, THL:n Perfect-hankkeessa ja tuoreimpana kansainvälinen ICHOM-konsortio (International Consortium for Health Outcomes Measurement) julkaisemissa arviointivitekehysissä.

Käytännössä asiakasepisodisuunnasta rakentaminen edellyttää ongelmaspesifien mittarien aggregointia, jossa ongelmiksi muodostuu eri mittareiden painottaminen: Miten arvotetaan erilaiset asiakas- tai potilasryhmät, kun eri palvelutarpeissa tai ongelmissa mitataan erilaisia asioita. Toinen lähestymistapa tähän on käyttää ostoskorijattelua, jossa tehdään otanta suurten asiakas- ja potilasryhmien osalta. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että kustakin palvelupaketista valitaan yksi asiakasvolyymin tai kustannusten kannalta merkittävä homogeeninen ryhmä, jonka keskeisin vaikuttavuusmittari raportoidaan. Visualisointien avulla voidaan tuoda kokonaisnäkyä esiin.

Järjestelmätasolta alaspäin rakennettaessa on perustana yleiset mittarit, kuten esimerkkeinä EQ-5D, 15D (PROM), QALY, DALY, PYLL (PerfO), RAI, työkyky (ClinRo). Järjestelmätasolla on otettava kantaa moneen asiaan. Ensinnäkin terveydentilaan ja toimintakykyyn on monilla muilla tekijöillä suurempi vaikutus kuin sosiaali- ja terveystalouden järjestelmällä. Vaikuttavuuden mittaamisessa on oltava aina jokin järjestelmä, palvelu tai interventio, jonka vaikuttavuutta mitataan ja jolla pitää olla riittävän suoraan osoitettavissa oleva suhde vaikutukseen.

Väestötasolla vaikutukset määritetään yleisten, terveyttä ja pärjäämistä kuvaavien mittareiden kautta, kuten kuolleisuuden, sairastavuuden, työkyvyttömyyden osuuden tai kotona asuvien

osuuden perusteella. Strategisen tason johtamisessa keskitytään väestötason vaikutusten seurantaan. Palveluntuotannossa puolestaan seurataan ryhmä- ja yksilötason vaikuttavuutta. Jos yksilötasolla saavutetaan tavoitellut vaikutukset, tulosten tulisi heijastua myös väestötason terveyttä ja pärjäämistä kuvastavissa mittareissa.

2.7 Asiakas- ja palveluryhmittely

Kuten Eksoten tietojohdamisen mallissa esitetään, palvelutuotannossa muodostuu aina matriisimainen rakenne, jossa toisen suunnan muodostavat asiakkaat ja toisen suunnan palvelut (Kuva 23).

Palveluiden ryhmittelyyn saadaan rakenne palvelupakettityön myötä. Jos SOTE-järjestelmässä halutaan kehittää kustannusvaikuttavuutta, on lisäksi pystyttävä mittaamaan kokonaisia asiakkaan palvelu- ja hoitopisodeja, niiden kustannuksia ja vaikuttavuutta. Eksotessa asiakassuunnassa on käytetty yhtenä ryhmittelytekijänä ikäperustaista ryhmittelyä. Episodien ryhmittelyyn tämä on ainoana ryhmittelytekijänä liian karkea.

Kuva 23 Eksoten tiedolla johtamisen indikaattorimatriisi (Sitra 2014)

Matriisi: Indikaattorit on ryhmitelty palvelu- ja ikäryhmiin

| | Etelä-Karjala | Eksote | Avo-palvelut | Kotiin annettavat palvelut | Laitos-palvelut | Palvelu-asuminen | Tuki-palvelut |
|------------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|-----------------|------------------|---------------|
| Kaikki asukkaat | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit |
| Lapset ja nuoret | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | |
| Työikäiset | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | |
| Ikääntyneet | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | Indikaattorit | |

Suomessa ei ole kansallista standardia episodien ryhmittelylle. Erikoissairaanhoidossa on laajasti käytetty NordDRG-ryhmittelyä, mutta se ei sellaisenaan sovellu sairaalahoidon ulkopuolella hoidettaviin terveysongelmiin eikä sosiaalipalveluihin. Sosiaalipalveluiden osalta palvelupakettimallin toimintotaso toimii kohtuullisen hyvin myös asiakasepisodiryhmittelyynä. Asiakasepisodit, joissa keskeisempänä on terveysongelma, voitaisiin jakaa Suomessa joissakin kunnissa ja SOTE-alueilla käytettyjen pDRG tai EPR-ryhmittelyjen mukaisesti. Tällöin episodiryhmiä tulisi SOTE-tasolla n. 80-100 erilaista. Järjestäjän ja tuottajan välisessä toiminnassa sekä luonnollisesti tuottajien sisällä voidaan käyttää tarkempia ryhmittelyjä esimerkiksi kustannuslaskennan, tuottavuusseurannan tai kilpailutuksen tarpeisiin.

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Aaltonen LM, Rosenberg P. Potilasturvallisuuden perusteet. 3.2.2014 Kustannus Oy Duodecim.

- Arah, OA., Westerd, GP., Hurst, J. and Klazinga, NS. (2006) 'A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17, pp. 5-13.
- Bergström, M. (2002). *Managing Quality within the Swedish Social Services - The Uses and Obstacles to Evaluating Outcomes*. *Evaluation*, July 2002; vol. 8, 3: s. 388-402.
- Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ* 2013;346:f167 doi: 10.1136/bmj.f167
- Cella, D, Riley, W, Stone ym. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PRO-MIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005-2008. *Journal of Clinical Epidemiology* 2010 Nov;63(11):1179-94.
- Chassany O, Le-Jeunne P, Duracinsky M, Schwalm MS, Mathieu M. Discrepancies between patient-reported outcomes and clinician-reported outcomes in chronic venous disease, irritable bowel syndrome, and peripheral arterial occlusive disease. *Value Health* 2006; 9: 39–46.
- Christodoulou M, McCloskey P, Stones N et al. Investigation of a Patient Reported Outcome tool to assess radiotherapy related toxicity prospectively in patients with lung cancer. *Radiotherapy Oncol* 2014; 112: 244–9.
- Clarkson, P., Challis, D., Davies, S., Donnelly, M., Beech, R. ja Hirano, T. (2010). Comparing How to Compare: An Evaluation of Alternative Performance Measurement Systems in the Field of Social Care. *Evaluation* 16(1), s. 59-79.
- Drummond, MF, Sculpher, MJ, Torrance, GW, O'Brien, BJ & Stoddart, GL 2005, *Methods for the economic evaluation of health care programme*. Third edition. Oxford: Oxford University Press.
- Furlong WJ, Feeny DH, Torrance GW, Barr RD. The Health Utilities Index (HUI®) system for assessing health-related quality of life in clinical studies. *Annals of Medicine* 2001; 33(5):375-384.
- GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* 2015; 386: 2145–91.
- Gentile, Chiara, Nicola Spiller and Giulano Noci (2007), "How to Sustain the Customer Experience: An Overview of Experience Components that Cocreate Value with the Customer," *European Management Journal*, 25 (5), 395–410.
- Porter, M. & Guth, C. (2012) *Redefining German Healthcare – Moving to a Value-Based System*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.
- Ham C, Raleigh V, Foot C, Robertson R, Alderwick H. Measuring the performance of local health systems: a review for the Department of Health. The Kings Fund 2015. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/measuring-the-performance-of-local-health-systems-dh-review-kingsfund-oct15.pdf
- Hawthorne G, Richardson J and Day NA. 2001. 'A comparison of the assessment of quality of life (AQoL) with four other generic utility instruments', *Annals of Medicine*, 33(5):358-370.
- Haynes AB, Wieser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger P, ym. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *NEJM* 2009; 360:491-499
- Häkkinen U, Peltola M. Sosiaali- ja terveystalouden ohjauksen edellyttämä tietopohja. Teoksessa: Julkisen talouden ohjaus ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja koulutuksen rakenneuudistus. Toim. Keskimäki I, Moisio A ja Pekurinen M. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22/2016
- Kaplan 2016, <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-05-04/tasty-taco-helpful-hygienist-are-all-those-surveys-of-any-use>

Kivipelto, M., Blomgren, S., Karjalainen, P. ja Saikkonen, P. (Toim.). (2013). Vaikuttavaa aikuissosiaalityötä – arviointimalleista mittareihin: Tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kivipelto, M. ja Saikkonen, P. (2013). Tiedon tuotanto ja vaikuttavuustieto sosiaalityössä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Yhteiskuntapolitiikka. url: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201310216780>

Klemola, K. (2015). Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi alueellisesti integroiduissa sosiaali- ja terveystalouksissa – palvelujen käyttöön perustuva malli ja esimerkkejä. Väitöskirja. Lappeenranta teknillinen yliopisto Yliopistopaino 2015.

Kuntaliitto. (2011). Terveydenhuollon laatuopas. url: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597

Leskelä RL, Komssi V, Sandström S, Pikkujämsä S, Haverinen A, Olli SL, Ylitalo-Katajisto K. Paljon sosiaali- ja terveystalouksia käyttävät asukkaat Oulussa. Suom Lääkäril 2013;68(48):3163–9.

Malley, J., Towers, A-M., Netten, A., Brazier, J., Forder, J. ja Flynn, T. (2012). An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. Health ja Quality of Life Outcomes 2012, Vol. 10 Issue 1, s. 21-34.

Malmivaara A. Real-Effectiveness Medicine – pursuing the best effectiveness in the ordinary care of patients. Annals of Medicine 2013;45:103-106.

Meyer C, Schwager A. (2007), "Understanding Customer Experience," Harvard Business Review, February 117–26.

Muir Gray J A Evidence based policy making. British Medical Journal 2004; 329(7473):988

Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1436–42.

Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, ym. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2012 Dec 13; 380: 2197–2223.

Nilsson E, Orwelius L, Kristenson M. Patient-reported outcomes in the Swedish National Quality Registers. Journal of Internal Medicine 2015 doi: 10.1111/joim.12409.

http://www.trafi.fi/filebank/a/1423813801/9a3f701930cb5327a9d76c949c3395dd/16832-Suomen_ilmailun_turvallisuusindikaattorit_ja_tavoitteet_v4_0_FIN.pdf

http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec_ICD10_v60.aspx

OECD Health at Glance 2015. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177en/s22177en.pdf>

Pham JC, Girad T, Provonost PJ. What to do With Healthcare Incident Reporting Systems. J Public Health Res. 2013 Dec 1; 2(3): e27.

Pauniahho SL, Ikonen T. WHO:n tarkistuslista Suomenkin leikkaussaleihin. Kaikki kunnossa – valmiina viiltoon. Duodecim 2010;126:333-5

Pelttari & Kaila, 2014. Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:27 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70295/URN_ISBN_978-952-00-3515-0.pdf?sequence=1

Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010; 363:2477-81 (DOI:10.1056/NEJMp1011024)

Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing Patient Outcomes Measurement. N Engl J Med. 2016 Feb 11;374(6):504-6. doi: 10.1056/NEJMp1511701.

Provonost PJ, Goeschel CA, Marsteller JA, Sexton JB, Pham JC, Berenholtz SM. Framework for patient safety research and improvement. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19153284> - # 2009; 119:330–7.

- Rabin, R. and de Charro, F. EQ-5D: A Measure of Health Status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine*, 2001; 33, 337-343. <http://dx.doi.org/10.3109/07853890109002087>
- Reichheld, F. (December 2003). "One Number You Need to Grow". *Harvard Business Review*.
- Revicki DA. Patient assessment of treatment satisfaction: methods and practical issues. *Gut* 2004; 53 (Suppl. 4): iv40–4.
- Ruano-Rodríguez C, Serra-Majem L, Dubois D. Assessing the impact of dietary habits on health-related quality of life requires contextual measurement tools. *Front Pharmacol*. 2015; 6: 101.
- Salomon JA, Haagsma JA, Davis A, de Noordhout CM, Polinder S, Havelaar AH, ym. Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study. *Lancet Glob Health*. 2015 Nov;3(11):e712-23.
- Sintonen H . The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Annals of Medicine* 2001;33:328–36.
- Sintonen H, Pekurinen M. *Terveystaloustiede*. WSOY 2006, Porvoo.
- Sitra. *Sosiaali- ja terveystaloustieteen tietojohdantamisen käsikirja*. Sitra 2014. http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Sosiaali_ja_terveyspalveluiden_tietojohdantamisen_kasikirja.pdf
- Sitra. *Palvelupakettikäsikirja versio 1.3*. Sitra 2017 <https://www.sitra.fi/julkaisut/Muut/Palvelupakettikäsikirja.pdf>
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2014). Etusivu – Aiheet – Ikääntyminen – Palvelujen ja hoidon laatu - Ikääntyneiden palvelujen RAI-vertailukehittäminen - Tietoa RAI-järjestelmästä. <http://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/raivertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>
- THL 2016. Hoitopääsyn seuranta syövän hoidossa. Määrittelyt ja ohjeistus. (THL Ohjaus 21/2016)
- THL 2017. Mitä on potilasturvallisuus? <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>. Luettu 3.2.2017
- Thyberg I, Skogh T, Hass UA, Gerdle B. Recent-onset rheumatoid arthritis: a 1-year observational study of correlations between health-related quality of life and clinical/laboratory data. *J Rehabil Med* 2005; 37: 159–65.
- Wakefield JG, Jorm CM, Patient Safety – a balanced measurement framework. *Australian Health Review* August 2009 Vol 33 No 3. 382-389.

3. ESITETTY MITTARISTO

Esitetty mittaristo on jaoteltu Triple Aim- viitekehyksen mukaisesti kolmeen ulottuvuuteen: kustannukset, laatu ja vaikuttavuus.

3.1 Kustannukset

SOTE-palveluiden kokonaiskustannusten kehitykselle on ministeriön toimesta asetettu tavoite, jonka toteumaa tulee mittaristolla seurata. Palvelupakettihankkeissa kehitetään yleistä kustannusten seurannan ja mittaamisen rakennetta, minkä vuoksi palvelunäkökulmaa seuraavia kustannusmittareita ei ole tässä tutkimuksessa käsitelty. Lisäyksenä palvelupaketinäkökulmaan kuitenkin ehdotetaan kustannuskehityksen vertaaminen some-mallin perusrataan, jolloin kustannuskasvutavoitteessa pysyminen voidaan todentaa.

Kuitenkin haastatteluissa ja aiemmissa tutkimuksissa on tullut esiin, että pieni osa asiakkaista käyttää suuren osan resursseista, minkä vuoksi tätä ryhmää esitetään seurattavaksi erillisinä. Mittari on muotoiltu siten, että paljon palveluita käyttäville määritetään kriteerit ja sitten seurataan tämän asiakasryhmän kokoa ja kustannusten kehittymistä. Kriteerien määrittämisessä on kiinnitettävä huomiota siihen, että mittaristo tavoittaisi nimenomaan niitä ryhmiä, joiden kokonaiskustannuksia voidaan hillitä esimerkiksi paremmalla palvelujen integraatiolla ja ennaltaehkäisevällä toiminnalla.

3.2 Laatu

Laatu koostuu asiakaskokemuksesta, saatavuudesta ja turvallisuudesta. Saatavuuden mittaaminen on tällä hetkellä laadun osa-alueista pisimmälle viety, kun ymmärretään saatavuudella palveluiden piiriin pääsyyn kuluva aikaa. Haastatteluissa nousi esille tarve mitata palveluiden piiriin pääsemisen lisäksi koko episodiin kuluva aikaa ja mahdollisia viiveitä eri vaiheiden välillä. Palveluiden piiriin pääsemistä tärkeämpää olisi tietää, kauanko kestää, että asiakas saa avun ongelmaansa. Tällaisen mittarin kehittäminen edellyttäisi ongelman ja sen ratkaisun määrittelyn ja operationalisoinnin, jotta se voidaan lisätä tietopohjaan. Haastatteluissa nousu esiin myös ajatus, että myös asiakkaan kokemusta saatavuudesta ("sainko avun oikea-aikaisesti?") voitaisiin mitata objektiivisten mittarien rinnalla. Saatavuuden osalta, jos kaikille palveluille on määritetty ajalliset tavoitteet, voidaan määrittää yksi päämittari, joka kuvaa, kuinka suuri osa palveluista toteutuu annetuissa tavoiteajoissa.

Asiakaskokemuksen mittaamisessa haastateltavat korostivat tarvetta kansallisesti yhdenmukaisiin mittareihin, joita käytetään systemaattisesti ja joissa vastausprosentit saadaan riittävän korkeiksi. Usea nosti esille NPS:n mahdollisena yhteisenä mittarina, mutta mittarin valintaa tärkeämpänä pidettiin sitä, että kaikki käyttäisivät samaa, jolloin vertailukelpoisuus saavutettaisiin. Lisäksi tärkeänä pidettiin sitä, että asiakkaiden vastaukset voidaan kytkeä palvelutapahtumaan, mihin esimerkiksi "happy or not"-automaatti ei kykene. Asiakaskokemusta voidaan järjestelmätasolla mitata yhdellä päämittarilla (esim. NPS), jonka selittäviksi mittareiksi voidaan määrittää ne palvelutuotannon osa-alueet, joista erityisesti halutaan tarkempaa tietoa kokonaiskokemuksen selittäjänä.

Turvallisuuden osalta tarvitaan vielä määrittelytyötä sekä mittareille että miten turvallisuuden viitekehyksessä eri mittarit painotetaan. Oleellista on, että saadaan kattavaa kuvaa paitsi turvallisuudesta, myös siitä, miten turvallisuutta kehitetään sekä proaktiivisesti että turvallisuustapahtumiin reagoimalla. Haastatellut asiantuntijat olivat sitä mieltä, että koska turvallisuudelle on haastava kehittää riittävää mittaristoa nykyisestä tietopohjasta, olisi ensimmäisessä vaiheessa hyvä keskittyä turvallisten toimintatapojen kehittämiseen ja niiden noudattamisen seuraamiseen.

3.3 Vaikuttavuus

Haastatteluissa ja aiemmassa tutkimuksessa nousi selkeästi esille tarve jakaa vaikuttavuuden mittaaminen ”koviin”, potilas- tai asiakastietojärjestelmästä tai rekistereistä saatavaan tietoon perustuviin mittareihin sekä potilaan tai asiakkaan itse raportoimiin mittareihin. Tätä jaoteltua ehdotetaan käytettävän kansallisen tason mittaristossa. Lisäksi nähtiin tärkeäksi, että potilaat ja asiakkuudet jaotellaan jatkuviin ja päättyviin, sillä vaikuttavuuden mittaaminen tulee toteuttaa eri tavalla näissä tapauksissa.

Haastatteluissa ja aiemmassa tutkimuksessa nousi esille useita näkökulmia kovista mittareista. Ylätason näkökulma palvelujärjestelmän vaikuttavuuteen on väestön terveys ja toimintakyky: työikäiset, jotka ovat työkykyisiä sekä lapset ja vanhuksset, jotka asuvat kotona ilman säännöllisten palveluiden tukea. Toinen yleinen tapa seurata vaikuttavuutta olisi mitata toteutuneiden tavoitteiden osuutta. Tämä olisi sovellettavissa kaikkiin asiakas- ja potilasryhmiin, mutta edellyttää tavoitteen ja sen toteutumisen rakenteisen kirjaamisen ja lisäämisen tietopohjaan. Ensin mainittu mittari puolestaan on mahdollista rakentaa nykyisestä tietopohjasta. Näistä nykyistä tietopohjaa hyödyntävistä väestön terveyttä ja toimintakykyä kuvaavista mittareista valittiin WHO:n käyttämä DALY (disability-adjusted life years) tutkimuksessa pilotoitavaksi. Perinteisesti on mitattu estettävissä olevia kuolemia, mutta useissa haastatteluissa ja viimeaikaisissa tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota myös terveiden elinvuosien määrään. Tutkimusten mukaan suurimmat terveys- tai toimintakykyvajeet liittyvät pitkäkestoisiin ja kroonisiin palvelutarpeisiin, jolloin päämittarin tulisi tavoittaa näitä asiakasryhmiä.

Niiden osalta, jotka ovat säännöllisten palveluiden piirissä, kuten pitkäaikaissairaat tai vanhus- tai vammaispalveluiden asiakkaat, yleiseksi mittariksi ehdotettiin hoito- ja palvelusuunnitelman ulkopuolista palvelunkäyttöä. Tämä edellyttäisi joko tapaa seurata yksilötasolla palveluiden käyttöä suhteessa suunnitelmaan kirjattuihin palveluihin tai valittujen potilas- ja asiakasryhmien tiettyjen palveluiden käyttöä, kuten päivystyskäyntejä ja suunnittelemattomia sairaalajaksoja. Näistä jälkimmäinen on mahdollista toteuttaa jo nykyisellä tietopohjalla, mutta ensimmäinen edellyttää rakenteista palvelusuunnitelman kirjaamista. Toinen ehdotettu vaikuttavuusmittari säännöllisten palveluiden piirissä oleville on seurata niiden osuutta, joiden palveluita voidaan keventää (esim. muutto laitoksesta asumispalveluihin tai asumispalveluista kotiin) tai jopa kokonaan lopettaa.

Myös potilasryhmätasolle tunnistettiin kovia vaikuttavuusmittareita. Pitkäaikaissairailta hoitotasapainon saavuttamista voisi käyttää vaikuttavuuden mittarina. Tässä on toki huomiotava, että potilaan elämäntavat ja motivaatio omahoitoon vaikuttavat tulokseen. Vastaavasti väestötasolla voitaisiin käyttää ennakoivana vaikuttavuusmittarina pitkäaikaissairauksien riskitekijöiden esiintyvyyttä ja muutoksia niissä.

Asiakkaan itse raportoimat mittarit voidaan jakaa yleisiin elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä kuvaaviin mittareihin sekä asiakas- tai potilasryhmille kehitettyihin mittareihin. Haastatteluiden ja kansainvälisten esimerkkien perusteella päädyttiin esittämään molemmanlaisia mittareita sisällytettäväksi mittaristoon. Järjestelmätasolla tämän mittaamiseen esitetään joko PROMIS:ia tai EQ-5D:tä, jolloin tuloksia on mahdollista vertailla kansainvälisesti. Lisäksi eräänlaiseksi yleiseksi asiakkaan raportoimaksi mittariksi ehdotettiin asiakkaan kokemusta siitä, saiko avun ongelmaansa, joka soveltuu sekä sosiaali- että terveysongelmiin. Mikäli tällainen mittari halutaan sisällyttää kansalliseen mittaristoon, tulisi kysymys sisällyttää osaksi yleistä kyselyä.

Palveluiden ja palvelujärjestelmän vaikuttavuuden mittaamisessa tunnistettiin haasteita, jotka tulee huomioida mittaristoa laadittaessa. Yksi haaste on kyetä eristämään palveluntuottajan tai järjestelmän osuus vaikutuksesta. Asiakkaan tai potilaan oma toiminta, muut toimijat ja ympäristökijät voivat vaikuttaa sekä koviin että asiakkaan raportoimiin mittareihin. Muiden tekijöiden vaikutus on sitä suurempi, mitä yleisemmästä ja ylätason mittarista on kyse. Yksi keino tähän on kytkeä vaikutavuusmittarit johonkin interventioon aina kun mahdollista. Toinen haaste on, että interventioiden vaikutukset näkyvät joskus vasta hyvin pitkällä aikavälillä, esimerkiksi lastensuojelussa voi mennä kymmenen vuotta ennen kuin tiedetään, pärjääkö lapsi aikuistuttuaan itsenäisesti: onko hankkinut koulutuksen ja saanut työpaikan. Tällöin tarvitaan rinnalle lyhyellä aikavälillä reagoivia mittareita, kuten lapsen pärjääminen koulussa.

PROMIS®

Verrattuna aiempiin käyttäjän raportoimiin (PRO-)mittareihin PROMIS®-mittareilla on erittäin korkeat standardit tiedon validiteetille ja reliabiliteetille, parempi toimintarajoitteiden erottelevuus, ja usein vähemmän rasitetta asiakkaille ja arvioijille. EQ-5D on tällä hetkellä yleisemmin käytetty, esimerkiksi Ruotsin laaturekistereissä (Nilsson ym. 2015).

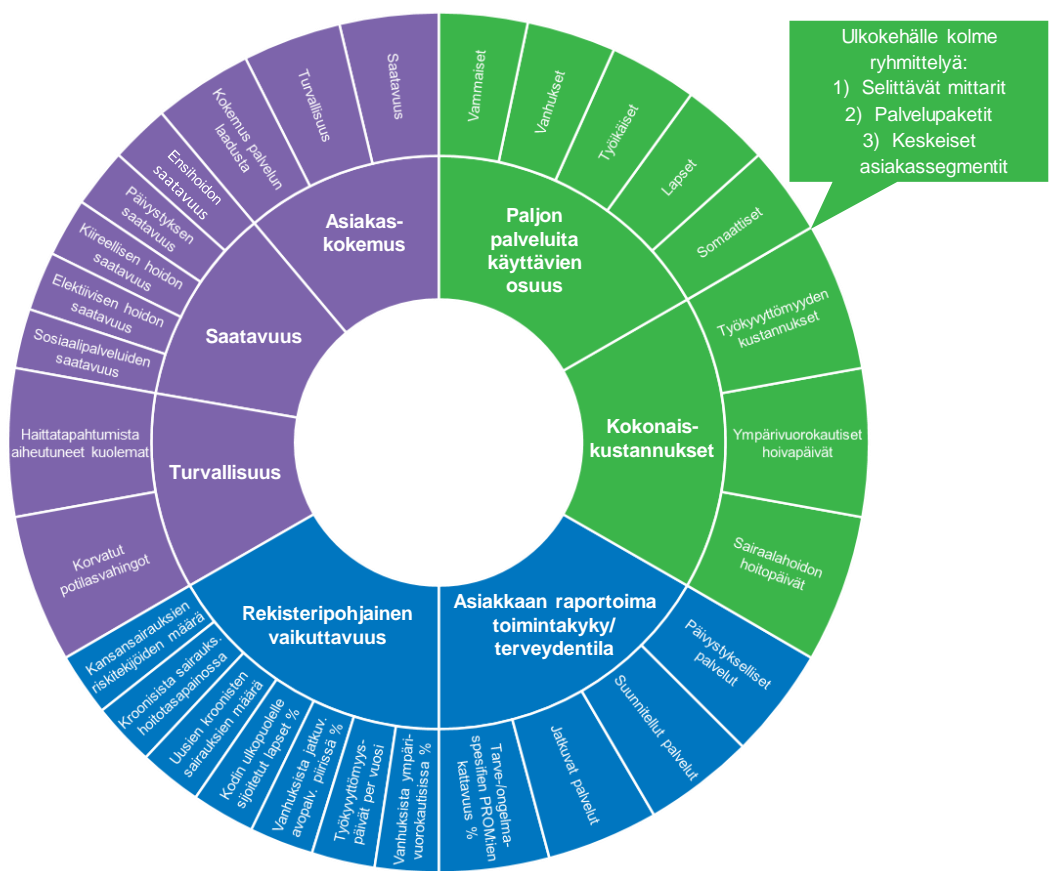
PROMIS® -mittarit käyttävät eri terveysaiheiden mittaamiseen kysymyspankkeja (esim. uni, kipu, sosiaalinen toimintakyky), joissa jokainen vastausvaihtoehto jokaiseen kysymykseen on kalibroitu antamaan tarkan arvon terveydestä kyseisestä aiheesta. Kysymyspankit kehitettiin tiukan protokollan mukaan, joka sisälsi laajan formatiivisen tutkimuksen ja tilastolliset analyysit (De Walt ym, Reeve ym). PROMIS käyttää osiovaste-analyysiä (Item Response Theory, IRT) terveysaiheiden tunnistamiseen ja vastausasteikkojen kalibroimiseen näihin aiheisiin. Kalibrointeja käytetään tuottamaan yksilölle tuloksia tietyistä terveysaiheista perustuen niihin kysymyksiin ja vastausvaihtoehtoihin, jotka henkilö valitsi. IRT:n avulla saadaan jokaiseen kysymykseen tulos kyseisestä terveysaiheesta; tämän ansiosta PROMIS® arvioinnit voidaan adaptoida kullekin vastaajalle (Cook ym, Fries ym). Vaikka eri henkilöt saavat eri kysymyksiä vastattavaksi, heidän vastauksensa kalibroidaan siten, että heidän tuloksensa kyseisestä terveysaiheesta ovat vertailukelpoisia.

Adaptoituvaa testausohjelmistoa (Computer Adaptive Testing, CAT) tarvitaan PROMIS®:n mukautuvan ominaisuuden käyttämiseksi. PROMIS®-mittareissa on saatavilla myös kiinteitä lyhytversioita, jotka koostuvat terveysaiheen kalibroiduista kysymysjoukoista. Kun lyhytversiota käytetään, jokainen vastaaja vastaa samoihin kysymyksiin. Niitä voidaan käyttää myös ilman ohjelmiston apua paperiversioina.

3.4 Mittaristo

Tässä tutkimuksessa esitetään kansallisen ja maakuntatason mittaristo (Kuva 24) esimerkinomaisena perustuen aiempaan tutkimukseen, asiantuntijahaastatteluihin sekä kansainvälisiin esimerkkeihin. On huomioitava, että esitetty mittaristo pohjautuu osin yleisistä tavoitteista johdettuihin esimerkinomaisiin tavoitteisiin, koska raporttia tehdessä ei ole ollut käytettävissä kansallisia tavoitteita SOTE-palvelujärjestelmälle riittävän yksilöidysti muutoin kuin kustannusten osalta. Sen vuoksi varsinaiset mittarit on viime kädessä määritettävä ministeriön toimesta kansallisten, selkeästi määritettyjen tavoitteiden pohjalta.

Kuva 24. Mittaristo SOTE:n kustannusten, laadun ja vaikuttavuuden seurantaan



Päämittareille (sisäkehä) on määritettävä tavoitteet. Selittävien mittareiden avulla pyritään muodostamaan kuva, miksi päämittari on muuttunut. Selittävällä tasolla päämittaria on pystyttävä tarkastelemaan useissa eri dimensioissa: 1) per palvelupaketti, 2) per asiakasryhmä ja 3) erikseen määritettyjen selittävien mittareiden kautta. Esimerkiksi jos rekisteripohjainen vaikuttavuus (DALY) on päämittarina, voidaan selittävinä mittareina ja indikaattoreina tarkastella niitä kokonaisuuksia, joilla todennäköisesti on suurta yhteyttä päämittariin: ympärivuorokautiset palvelut eri asiakasryhmissä, kroonisten sairauksien esiintyvyys ja hoitotasapaino sekä myös ennakoivasti esimerkiksi kansansairauksien riskitekijöitä⁸. Tämän lisäksi on hyvä pystyä tarkastelemaan DALY-muutoksia myös asiakasryhmittäin (terveysongelmat + palvelutar-

⁸ Risto Mäkinen/Helsingin kaupunki: Helsingissä on määritetty kansansairauksien riskitekijöiksi: tupakointi, ylipaino, koholla oleva 1) verenpaine, 2) kolesterolitai 3) verensokeri, alkoholin liikakäyttö, depressio, karies ja parodontiitti

peet) sekä palvelupaketeittain. Selittävät mittarit voivat sisältää päällekkäisyyksiä, mutta niiden tarkoituksena on saada kuvaa siitä, mihin kohtiin ohjauksessa ja johtamisessa on syytä kiinnittää huomiota. Suomessa löytyy jo tällä hetkellä paljon indikaattoreita, joiden avulla voidaan pureutua myös selittäviä mittareita tarkemmalle tasolle varsin nopeasti (SOTKANet, Hyvinvointikompassi, Terveystemme jne.). Vastaava logiikka pätee myös muilla mittariston sektoreille.

Pilottiesimerkissä on käyty läpi kutakin osa-aluetta läpi niiltä osin kuin nykyinen tietopohja mahdollistaa laskennan.

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Cook KF, O'Malley KJ, Roddey TS (2005). Dynamic assessment of health outcomes: Time to let the CAT out of the bag? (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361218/pdf/hesr_00446.pdf). Health Services Research, 40(5, Pt.2), 1694-1711.

DeWalt, D. A., Rothrock, N., Yount, S., & Stone, A. A. Evaluation of item candidates: The PROMIS Qualitative Item Review (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2810630/pdf/nihms166552.pdf>). (Medical Care, 45(5), S12–S21.

Fries JF, Bruce B, Cella D (2005). The Promise of PROMIS: Using item response theory to improve assessment of patient-reported outcomes. Clinical and Experimental Rheumatology, 23, S53-S57.

Nilsson E, Orwelius L, Kristenson M. Patient-reported outcomes in the Swedish National Quality Registers. Journal of Internal Medicine 2015 doi: 10.1111/joim.12409.

Reeve, B. B., Hays, R. D., Bjorner, J. B., Cook, K. F., Crane, P. K., Terisi, J. A., Thissen, D., Reviki, D. A., Weiss, D. J., Hambleton, R. K., Liu, H., Gershon, R., Reise, S. P., Lai, J. S., & Cella, D. (2007). Psychometric evaluation and calibration of health-related quality of life item banks: Plans for the patient-reported outcomes measurement Information system (PROMIS). (<http://journals.lww.com/lww-medical-care/pages/articleviewer.aspx?year=2007&issue=05001&article=00004&type=abstract>). Medical Care, 45(5), S22–S31.

4. PILOTIN TULOKSET

Edellisessä luvussa esitetty mittaristo pilotoitiin Eksoten vuoden 2014 ja 2015 aineistoilla. Pilotin tavoitteena oli toisaalta selvittää nykyisen tietopohjan riittävyys ja toisaalta konkretisoida mittarit, jotta niiden hyödyllisyyteen kansallisessa ja maakuntatason ohjauksen apuvälineenä voidaan ottaa kantaa.

4.1 Lähdetiedot Eksoten mittariesimerkeissä

Tutkimuksessa on käytetty Eksoten tietoja esimerkkimittarien ja indikaattorien laskennassa. Tiedot on poimittu seuraavista lähteistä ja seuraavilla rajauksilla:

Kustannustiedot:

Tiedot on poimittu Eksoten nk. tietojohdamisen mallista, jossa sosiaali- ja terveystoimen suoritteet (asiakkuudet, käynnit, kontaktit, hoitopäivät, asumispäivät, ostopalvelun käyttö, sosiaalitulujen maksu, tehty asiakastyö) ja niitä vastaavat kustannukset on koottu henkilöittäin tapahtumatasolle. Tiedot tietojohdamisen malliin kootaan potilastietojärjestelmästä (terveysEfficca), asiakastietojärjestelmästä (sosiaaliEfficca) sekä kirjanpitojärjestelmästä (Intime).

Kaikista tapahtumista on malliin koottu tarkentavia tietoja, joista tässä tutkimuksessa on hyödynnetty diagnoosia, diagnoosin päivämäärää, henkilön ikää diagnoosin hetkellä, laitosta/soa/palvelumuotoa, suorituspaikkaa, jakson alkamispäivää ja jakson päättymispäivää. Tietoja on täydennetty RAI-toimintakykymittarin tiedoilla (niiltä ryhmiltä, joilta saa), kuolleisuudella, sisältömerkinnöillä (ml. numeeriset arvot) sekä käyntisyillä (ICPC). Mallissa on myös mukana tietoja valikoiduista asiakassegmentoinneista. Laboratoriotulokset on poimittu erikseen valikoiduista mittauksista terveysEfficcan raportoinnista (ER).

Saatavuuteen liittyvät tiedot laskettiin aikaleimatiedoista terveysEfficcan raportoinnista (ER), sosiaaliEfficcan raportoinnista (sotefacta), Codea kenttäjohtajärjestelmästä sekä SBM-alustalle tehdyn Palvelutarpeen arviointi -prosessiohjausjärjestelmän tiedoista.

Eksote oli mukana Sitran ja STM:n palvelupakettipilotoinnissa, joten kustannusten jakamisessa palvelupaketteihin hyödynnettiin palvelupakettipilotissa tehtyä määrittelytyötä ja laskennan tuloksia. Mittaristossa on siten tässä vaiheessa esitettynä ne palvelupaketit, jotka olivat mukana pilotoinnissa. Palvelupakettiluokittelu on toteutettu Eksotessa osana tietojohdamisen mallia. Asiakasryhmien ja paljon palveluita tarvitsevien kustannukset laskettiin erikseen tätä mittariston pilotointia varten, sillä niitä ei oltu sisällytetty palvelupakettimallin pilottiin.

DALY-laskennassa käytettiin terveysongelmien painoina Global Burden of Disease 2010-tutkimuksen painoja ja sosiaalipalveluiden osalta näitä täydennettiin Murrayn (1994)⁹ tutkimuksen pohjalta. Pilottilaskennassa tehtiin hyvin karkea jako taudin vakavuusasteelle sillä perusteella, että jos henkilö oli käyttänyt pelkästään avopalveluita, oletettiin vakavuusasteeksi lievä ja jos henkilöllä oli sairaala- tai laitospalveluita, luokiteltiin vakavuusaste vakavaksi. Pilotin tulokset ovat siis esimerkinomaisia. DALY:n käyttöönotto vaatii painokertoimien määrittämisen sekä eri palvelutarpeille ja terveysongelmille sekä kriteerit eri vakavuusasteille. On myös huo-

⁹ Murray CJ. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disabilityadjusted life years. Bull World Health Organ. 1994;72:429-445. Available from URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=8062401>.

mattava, että pilottilaskennassa DALY on laskettu poikkileikkausaineistosta toteutuneen palvelukäytön perusteella, jolloin jotkin pitkäkestoiset tai jatkuvat palvelutarpeet saavat liian pienen painoarvon.

4.2 Tulokset

Alla (Taulukko 2) on esitetty mittariston päämittarit niiltä osin, kun pilotista tulokset olivat saatavilla. On huomioitava, että DALY on laskettu poikkileikkkeenä, jolloin YLD-komponentti aliarvioituu pitkäkestoisten sairauksien osalta.

Taulukko 2 Päämittarit pilotin tulosten perusteella

| Osa-alue | Mittari | 2014 | 2015 |
|---------------------|--|-------|-------|
| Kustannukset | Kokonaiskustannukset € / asukas | 3390 | 3429 |
| | Yli 10 000 euroa vuodessa käyttävien asiakkaiden osuus | 6,2 % | 6,3 % |
| | Saatavuus (% palveluista tavoitteessa) | 38 % | 38 % |
| Laatu | Asiakaskokemus (NPS) | - | - |
| | Korvatut potilasvahingot per 100 000 asukasta | 30 | 41 |
| | Haittatapahtumista aiheutuneet kuolemat | | |
| Vaikuttavuus | DALY per 1000 asukasta | 201,2 | 201,5 |
| | PROM | - | - |

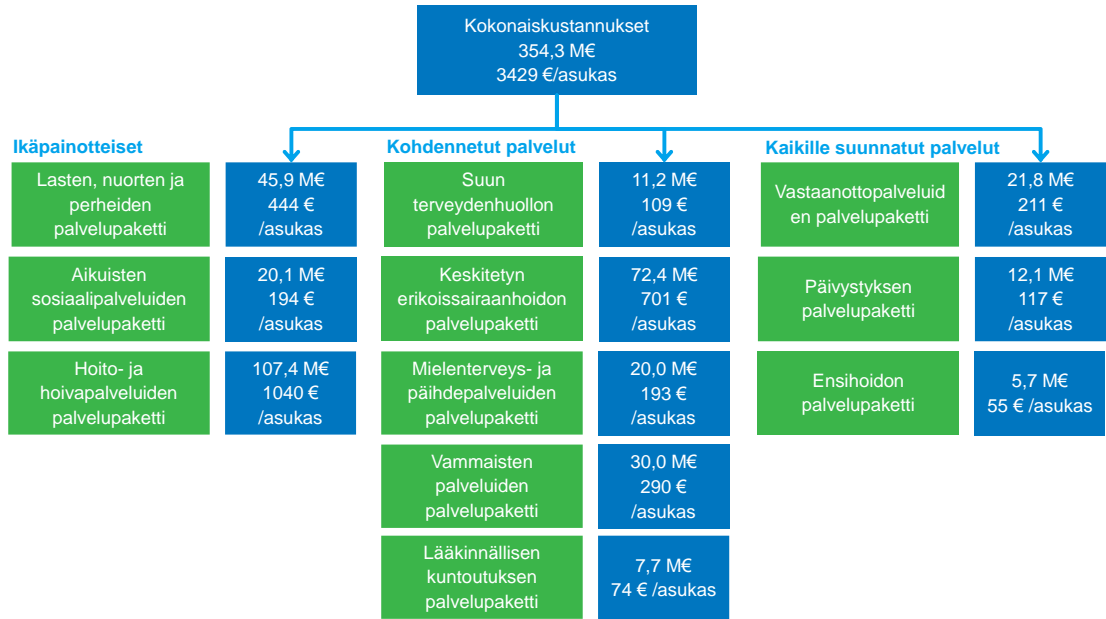
4.2.1 Kustannusmittarit

Kustannusmittarit jaettiin kokonaiskustannuksia kuvaaviin mittareihin sekä paljon palveluita tarvitsevien palvelukäytön kustannuksia kuvaaviin mittareihin.

Kokonaiskustannukset

Eksoten (pois lukien Imatra) sosiaali- ja terveystalouden kokonaiskustannukset vuonna 2015 olivat 354 M€ ja asukasta kohti kustannukset olivat 3 429 €. Kokonaiskustannusten jakautuminen palvelupaketteihin on esitetty kuvassa 25.

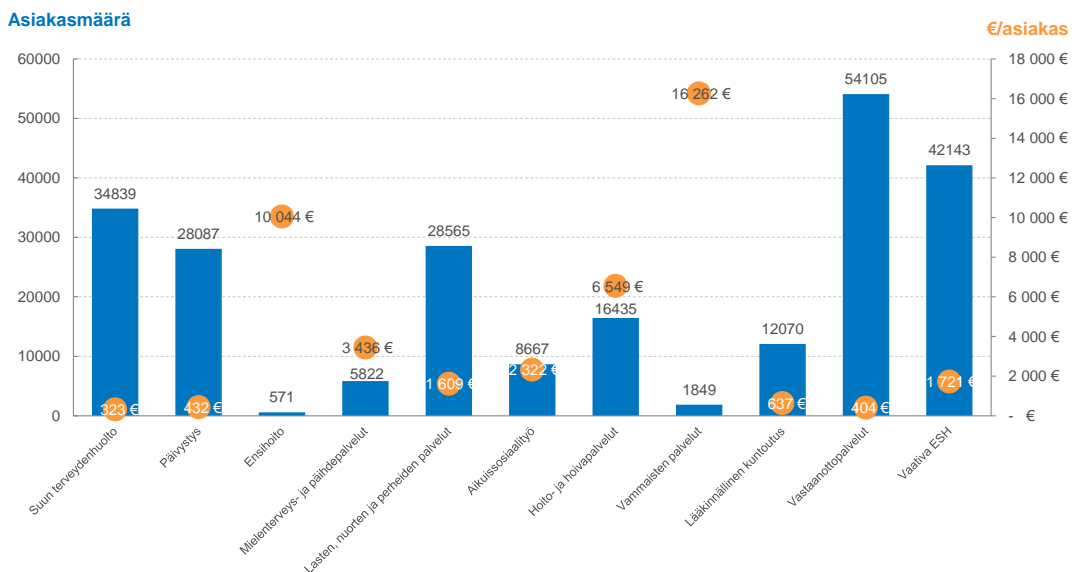
Kuva 25 Eksoten kokonaiskustannukset vuonna 2015 palvelupaketteihin jaoteltuna



Suurimmat kustannukset kertyvät hoiva- ja hoitopalveluiden paketista sekä keskitetyn erikoissairaanhoidon paketista. Kansallisella tasolla asukaskohtaiset kustannukset tulisi ikä- ja tarvekategorioita ennen vertailua maakuntien välillä.

Selittävässä mittarina palvelupakettien kustannuksille voidaan käyttää palvelupakettikohtaista asiakasmäärää sekä kustannusta per asiakas (Kuva 26). Etenkin jos vuosien välillä näkyy merkittäviä muutoksia selittävässä mittareissa jonkun paketin kohdalla, olisi näitä palveluita tarkasteltava tarkemmin.

Kuva 26 Palvelupakettien asiakasmäärät ja kustannukset per asiakas Eksotessa (pl. Imatra), 2015

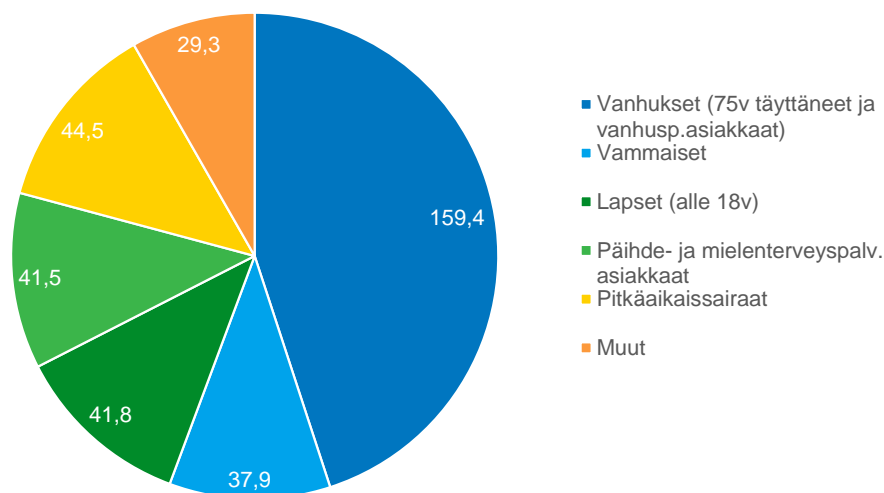


Kuvasta nähdään, että paketit eroavat merkittävästi siinä, kuinka paljon niissä on asiakkaita ja kuinka suuren kustannukset keskimäärin asiakkaalle kertyy. Paljon avopalveluita sisältä-

vissä paketeissa asiakasmäärät ovat suuret, mutta keskimääräiset kustannukset pienet. Toisessa ääripäässä ovat vammaispalvelut sekä ensihoito, joissa asiakasmäärät ovat pienet, mutta kustannukset yhtä asiakasta kohti ovat suuret. Ensihoidossa tosin korkea kustannus per asiakas on seurausta siitä, että ensihoidon yksiköiden on oltava toimintavalmiudessa aina, vaikka potilaita ei olisikaan.

Palvelunäkökulman lisäksi keskeinen kokonaiskustannuksia selittävä näkökulma on kustannusten jakautuminen asiakasryhmittäin (Kuva 27). Asiakasryhmittelyssä kaikki SOTE-palvelukustannukset on luokiteltu sen mukaan, mihin asiakasryhmään asiakas ensisijaisesti kuuluu. Täten esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja vastaanottopalveluiden kustannukset on jaoteltu kaikkiin asiakasryhmiin: vanhusten käyttämät palvelut vanhuksille, lasten käyttämät palvelut lapsille jne. Jotta samoja kustannuksia ei laskettaisi kahteen kertaan, on jokainen asukas luokiteltu tässä tarkastelussa vain yhteen asiakasryhmään. Ryhmät on määritelty siten, että asiakas kuuluu ylimpään mahdolliseen ryhmään kuvan mukaisesti: kaikki vanhuksat on luokiteltu ylimpään ryhmään, kaikki vammaiset vammaisten ryhmään, kaikki lapset paitsi vammaiset lapset lasten ryhmään, pitkäaikaissairaiden ryhmään ne, jotka eivät ole vanhuk-sia, vammaisia, lapsia tai päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakkaita, ja niin edelleen.

Kuva 27 Eksoten (pl. Imatra) kokonaiskustannukset asiakasryhmittäin (M€), 2015

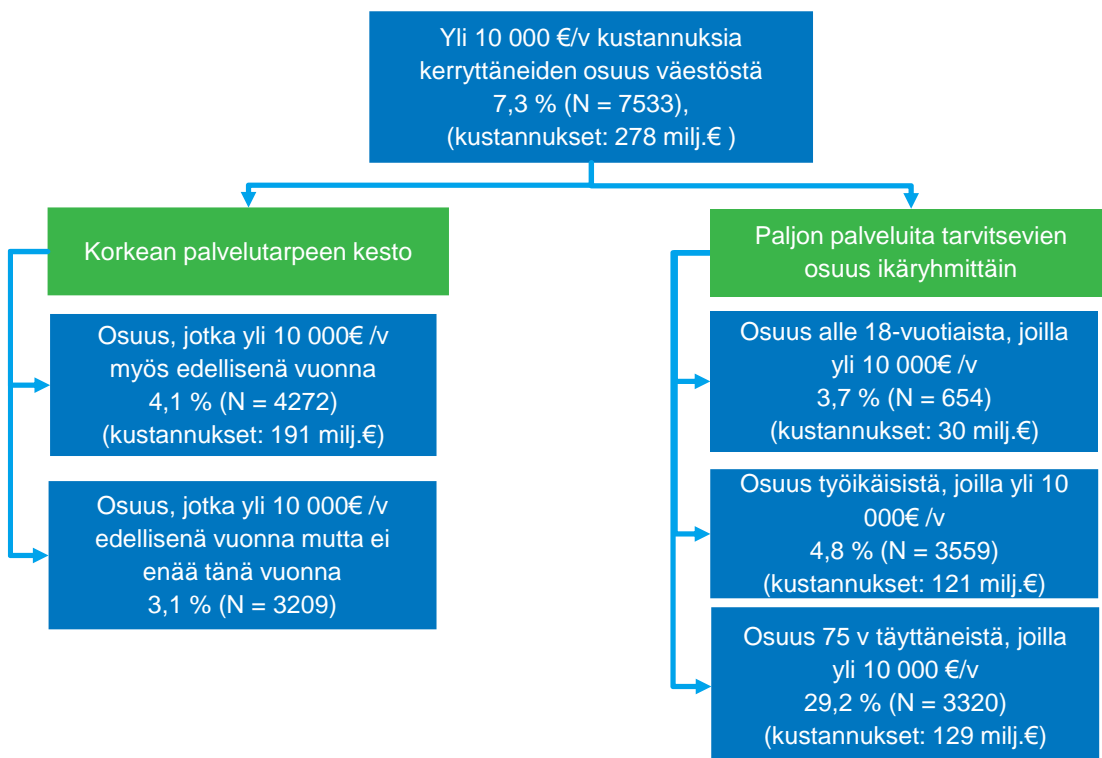


Paljon palveluita käyttävien osuus

Paljon palveluita käyttävistä asiakkaista seurataan niitä, joiden vuosittainen kustannus ylittää 10 000 €. Eksotessa (pois lukien Imatra) tähän ryhmään kuului 7,3 % väestöstä vuonna 2015 (Kuva 28) ja heidän kokonaiskustannuksensa oli n. 278 milj.€ (78 % Eksoten kokonaismenoista).

Selittävinä mittareita paljon palveluita käyttävien osuudelle tarkastellaan kahdesta näkökulmasta: kuinka suurella osalla on ollut korkeat kustannukset pidempään kuin yhden vuoden ajan ja miten nämä paljon palveluita käyttäneet jakautuvat eri ikäryhmiin (Kuva 28). Johtamisen kannalta on keskeistä tietää, onko kalliilla asiakkailla tarve pysyvä vai ohi menevä, sillä mekanismit joilla kustannuksiin voidaan vaikuttaa, ovat erilaiset tarpeen kestosta riippuen.

Kuva 28 Paljon palveluita tarvitsevien kustannukset ja osuudet Eksoten (pl. Imatra) väestöstä, 2015



Kuvasta nähdään, että paljon palveluita käyttäneistä asukkaista vain hieman yli puolet (57 %) oli sellaisia, jotka olivat kerryttäneet yli 10 000€ kustannuksia myös edellisellä vuonna. Näiden osuus paljon palveluita tarvitsevien kustannuksista on 69 %, eli he käyttävät keskimäärin enemmän palveluita kuin ne, joiden korkea palvelutarve on väliaikaista. Vastaavasti edellisen vuoden kalliista asukkaista vain noin puolet olivat kalliita myös seuraavana vuonna ja puolella tarve oli ohi menevää.

Paljon palveluita käyttäneistä isoin ryhmä olivat työikäiset (3559 henkilöä) ja toiseksi suurin 75 vuotta täyttäneet (3320 henkilöä). Molempien ryhmien kerryttämät kustannukset olivat samalla tasolla: 121 milj.€ ja 129 milj.€. Lapsia paljon palveluita käyttäneiden asukkaiden joukossa oli 654 ja he kerryttivät kustannuksia 30 milj.€.

Paljon palveluita käyttäneiden asukkaiden määrän muutos on oleellinen tieto palveluiden johtajalle. Taulukossa 3 on esitetty muutos vuodesta 2014 vuoteen 2015 sekä kaikkien asukkaiden että eri ikäryhmien osalta.

Taulukko 3 Paljon palveluita käyttäneiden asukkaiden määrä ja kustannukset Eksotessa 2014 ja 2015

| Palvelu | Lukumäärä | | Osuus vastaavan ikäisestä väestöstä | | Kokonaiskustannukset | |
|--|-----------|------|-------------------------------------|--------|----------------------|------------|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 |
| Yli 10 000€ vuodessa kerryttäneet | 7481 | 7533 | 7,2 % | 7,3 % | 275 milj.€ | 278 milj.€ |
| Alle 18-vuotiaat, jotka kerryttivät yli 10 000€ | 675 | 654 | 3,8 % | 3,7 % | 32 milj.€ | 30 milj.€ |
| Työikäiset, jotka kerryttivät yli 10 000€ | 3586 | 3559 | 4,8 % | 4,8 % | 118 milj.€ | 121 milj.€ |
| 75v täyttäneet, jotka kerryttivät yli 10 000€ | 3220 | 3320 | 28,3 % | 29,2 % | 124 milj.€ | 129 milj.€ |

Taulukosta nähdään, että yli 10 000€ vuodessa kerryttäneiden lasten määrä ja kustannukset ovat vähentyneet vuodesta 2014 vuoteen 2015. Samaan aikaan kuitenkin paljon palveluita käyttäneiden aikuisten kustannukset ovat kasvaneet, vaikka määrä on hieman pienentynyt. Yli 10 000 € vuodessa kerryttäneiden vanhusten määrä on kasvanut ja samoin heidän kustannuksensa. Paljon palveluita käyttäneiden vanhusten määrä kasvoi jopa enemmän kuin ikäryhmän koko, sillä heidän osuutensa ikäryhmästä kasvoi 28,3 %:sta 29,2 %:iin.

4.2.2 Laatumittarit

Laatumittarit jaotellaan saatavuutta, asiakaskokemusta ja turvallisuutta kuvaaviin mittareihin.

Saatavuus

Saatavuusmittarit on esitetty NHS:n mallin mukaisesti suhteessa tavoitteisiin. Koska tavoitteita ei ole vielä kansallisella tasolla määritetty, on tässä käytetty hypoteettisia tavoitteita havainnollistamaan mittariston toimintaa. Saatavuustiedot suhteessa tavoitteisiin on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4 Saatavuus suhteessa tavoitteisiin Eksoten sosiaali- ja terveyspalveluissa

| Palvelu | Saatavuustavoite | 2015 | 2014 |
|---------------------------------------|--|-------------------|-------------------|
| Päivystyksellinen hoito | Yhteispäivystyksen läpimenoaika: % potilaista alle 4h (tavoite: 85 %) | 73 % | 75 % |
| Ensihoito | Riskialue 1: tavoite 80 % A/B-tehtävistä alle 8 min | 76 % (A) 78 % (B) | 77 % (A) 73 % (B) |
| | tavoite 90 % A/B-tehtävistä alle 15 min | 96 % (A) 97 % (B) | 96 % (A) 94 % (B) |
| | Riskialue 2: tavoite 65 % A/B-tehtävistä alle 8 min | 54 % (A) 53 % (B) | 61 % (A) 53 % (B) |
| | tavoite 80 % A/B-tehtävistä alle 15 min | 91 % (A) 93 % (B) | 92 % (A) 91 % (B) |
| | Riskialue 3: tavoite 45 % A/B-tehtävistä alle 8 min | 32 % (A) 32 % (B) | 37 % (A) 32 % (B) |
| | tavoite 80 % A/B-tehtävistä alle 15 min | 72 % (A) 78 % (B) | 82 % (A) 73 % (B) |
| Syöpä | Lähettestä ensikäyntiin: % alle 4 vkoa (tavoite: 80 %) | 64 % | 65 % |
| | Lähettestä kirurgiseen hoitoon: % potilaista alle 8 viikkoa (tavoite 85 %) | 59 % | 64 % |
| Kiireetön hoito | Odotusaika pth-käynnille: % käynneistä alle 14 päivässä (80 % potilaista pth-vastaanotolle alle 14 päivässä) | 66,3 % | 66,8 % |
| | Lähettestä ensikäyntiin: % potilaista alle 3kk (sekä psyk että som) (tavoite 95 %) | 83,9 % | 70 % |
| Lasten- ja vammaisten palvelut | Tarpeen arviointi: % tapauksista alle 8 arkipv (tavoite 98 %) | 98,8 % | 97,6 % |
| Lasten – ja perheiden palvelut | Vireillepanosta päätökseen: % tapauksista <91 päivää (tavoite 99 %) | 99,1 % | 99,6 % |
| | Muissa lape-palveluissa aika yhteydenotosta tarjottuun aikaan: % tapauksista alle 14 pv (tavoite 75 %) | 51,5 % | 82,3 % |
| Vanhuspalvelut | Aika ensikontaktista arviokäyntiin: % tapauksista alle 8 pv (tavoite 99 %) | 99,1 % | 99,5 % |
| | Aika palvelutarpeen arviosta kotihoidon arviointiin: % tapauksista alle 14 pv (tavoite 95 %) | 95,6 % | 96,7 % |

Taulukosta havaitaan, että tähän valituilla mittareilla saatavuus näyttyy parempana sosiaalipalveluissa kuin terveyspalveluissa. Terveyspalveluiden saatavuuden osalta kansallinen seuranta poikkeaa olennaisesti tässä esitetyistä mittareista (poikkileikkauspäivän jonotilanne vs. kaikkien lähetteden läpimenoaika), kun taas sosiaalipalveluiden osalta mittarit ovat yhtenevät kansallisen seurannan osalta. Merkittävää muutosta saatavuudessa ei ole tapahtunut vuodesta 2014 vuoteen 2015 muissa palveluissa kuin erikoissairaanhoidon ensikäynneissä (vuonna 2014 vain 70 % toteutui alle kolmessa kuukaudessa, kun vuonna 2015 luku oli lähes 84 %) ja muissa lasten ja perheiden palveluissa (vuonna 2014 82 % asiakkaita tarjottiin aikaa alle kahden viikon päähän, kun vuonna 2015 enää reilulle 51 %:lle voitiin tarjota samaa).

Asiakaskokemus

Asiakaskokemusta ei kerätty systemaattisesti ja yhdenmukaisesti eri palveluista vuosina 2014 ja 2015, joten pilotissa ei raportoida asiakaskokemukseen liittyviä mittareita.

Turvallisuus

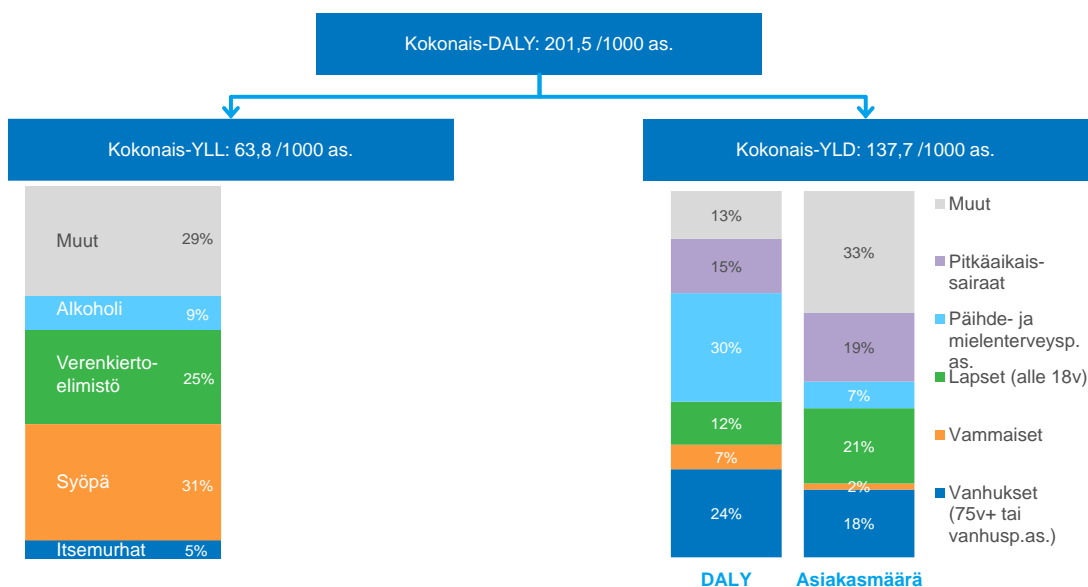
Turvallisuusmittareita ei pilotissa testattu, sillä niiden käyttöönotto edellyttää ensin viitekehyyksen kehittämistä.

4.2.3 Vaikuttavuus

Rekisteripohjaiset vaikuttavuusmittarit

Rekisteripohjainen, ylätasoinen vaikuttavuusmittari, DALY oli Eksotessa 201,5/1000 asukasta vuonna 2015. Tämä jakautui menetettyihin elinvuosiin (YLL), joita oli 63,8, ja alentuneen toimintakyvyn vuoksi menetettyihin elinvuosiin (YLD), joita oli 137,7/1000 asukasta (Kuva 29). Kuvassa 29 on myös esitetty kuolinsyyt, jotka aiheuttivat eniten menetettyjä elinvuosia: syöpä ja verenkiertoelimistön sairaudet, sekä itsemurhat ja alkoholin aiheuttamat kuolemat. Kuolinsyyt on poimittu Tilastokeskuksen koko maata koskevasta tilastosta, joten on mahdollista, että Eksoten todelliset luvut poikkeavat tästä. Kuvassa 29 on myös esitetty YLD:n jakautuminen asiakasryhmiin. Kuvasta nähdään, että päihde- ja mielenterveysongelmat aiheuttavat paljon toimintakyvyn aleneman vuoksi menetettyjä elinvuosia suhteessa niistä kärsivien asukkaiden määrään. Myös vanhusten toimintakyvyn alenema sekä pitkäaikaissairauksia sairastavien kokemat haitat aiheuttavat merkittävästi menetettyjä elinvuosia.

Kuva 29 DALY, YLL ja YLD Eksotessa (pl. Imatra) vuonna 2015



YLD muodostuu joko diagnoosin perusteella arvioidusta haitasta tai palvelutarpeen perusteella arvioidusta toimintakyvyn alenemasta. Taulukosta 5 nähdään, että suurin menetettyjen elinvuosien kertymä tulee säännöllisten avopalveluiden tai kotiin vietävien palveluiden asiak-

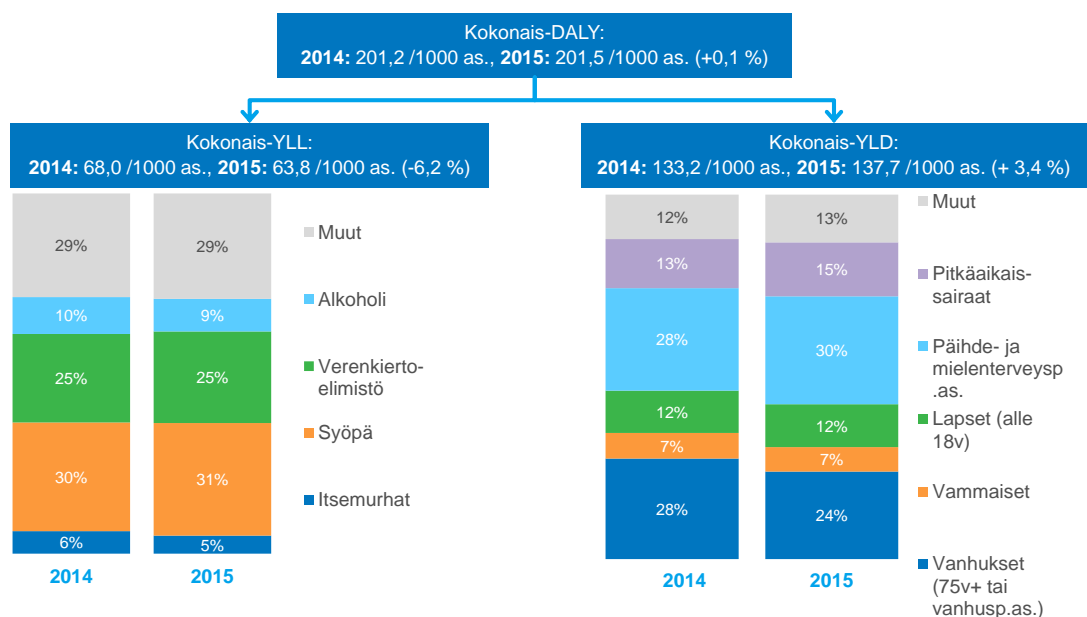
kaille. Taulukosta nähdään myös, että lievät sairaudet aiheuttavat suuremman kokonaismenetyksen kuin vakavat sairaudet. Tämä selittyy lievää sairautta sairastavien potilaiden suurella määrällä.

Taulukko 5 YLD:n (absoluuttinen summa) muodostuminen eritasoisista sairauksista ja palvelutarpeista Eksotessa (pl. Imatra)

| | Vanhukset (75v+ tai vanhusp.as.) | Vammaiset | Lapset (alle 18v) | Päihde- ja mielenterveys- as. | Pitkäaikais- sairaat | Muut |
|--------------------------------|--|-----------|----------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------|
| 2015 | | | | | | |
| Lievä sairaus | 731 | 183 | 1 332 | 1 235 | 1 442 | 1 554 |
| Vakava sairaus | 556 | 107 | 175 | 295 | 670 | 311 |
| Sään. avo- tai kotihoito | 1727 | 476 | 84 | 2 502 | 0 | 0 |
| Ymp.vrk /kodin ulkop. | 412 | 193 | 81 | 190 | 0 | 0 |

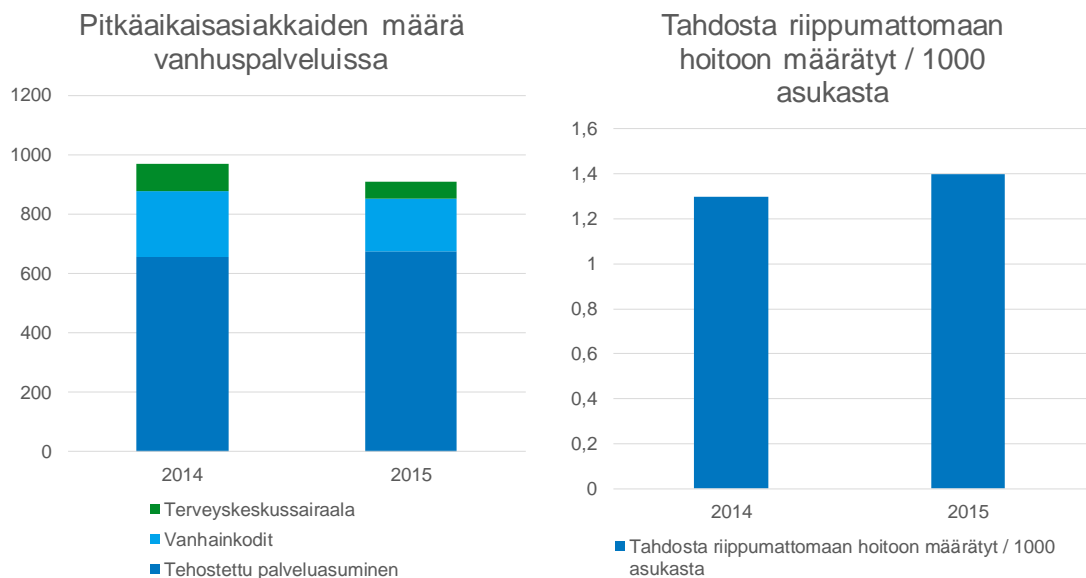
DALY:n absoluuttisia arvoja olennaisempi tieto on muutos DALY:ssa. Kuvassa 30 on esitetty muutokset DALY:ssa ja sen komponenteissa vuodesta 2014 vuoteen 2015.

Kuva 30 Muutos DALY:ssa ja sen komponenteissa Eksotessa (pl. Imatra) vuodesta 2014 vuoteen 2015



Kuvasta nähdään, että DALY on pysynyt samalla tasolla. Taustalla on kuitenkin samaan aikaan tapahtunut ennenaikaisista kuolemista johtuvan YLL:n pieneneminen, ja toimintakyvyn aleneman vuoksi menetettyjen elinvuosien (YLD) kasvu. Vanhusten YLD on pienentynyt, mutta päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakkaiden sekä pitkäaikaissairaiden YLD on kasvanut. Alla olevasta kuvassa on tarkasteltu esimerkkinä, onko näiden osa-alueiden osalta nähtävissä samanlaista muutosta palvelurakenteessa. Näyttäisi, että vanhuspalveluissa pienempi määrä ja siten myös osuus asiakkaista on ollut ympärivuorokautisissa palveluissa 2015 (Kuva 31). Mielenterveysasiakkaiden osalta taas näkyy lievää nousua tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjen asiakkaiden osalta. Rekisteripohjaisten mittarien ohella tarvittaisiin asiakkaan raportoimaa toimintakykyä tai terveydentilaa, jotta voitaisiin saada parempi kuva, mikä osuus muutoksista liittyy palvelurakennemuutokseen ja mikä osuus palvelutarpeiden muuttumiseen.

Kuva 31. Esimerkki DALY:a selittävistä mittareista (Lähde: Sotkanet)



Käyttäjän raportoimat vaikuttavuusmittarit

Käyttäjän raportoimia vaikuttavuusmittareita ei ole kerätty Eksotessa vuosina 2014 ja 2015, joten niitä ei raportoida osana pilottia.

5. JOHTOPÄÄTÖKSET

Yhteenvetona tutkimuksesta kansallisen mittariston näkökulmasta voisi todeta:

- Valmiita kansainvälisesti standardoituja ja validoituja mittareita on olemassa runsaasti useimmille eri osa-alueille.
- Suomessa on hyvä valmius saada kansallisen tason aineistoa tuotettua. Jo nykyisin on olemassa käytännöt tiedon raportointiin kansallisiin rekistereihin ja SOTE-uudistukseen liittyvät IT-arkkitehtuuri ja muut -hankkeet (esim. palveluoperaattori, palveluväylä) parantavat valmiuksia nopeampaan kansalliseen raportointiin.
- Eksoten pilotti osoitti, että tämänhetkisellä tietopohjalla saadaan ohjauksen kannalta hyvin olennaista tietoa kustannuksista, saatavuudesta ja rekisteripohjaisesta vaikuttavuudesta. Kaikki nämä mittarit ovat käytettävissä kansallisella tasolla jo nykyään, mutta tiedon tuotanto maakunnissa, joissa ei ole tietovarastoa, on tällä hetkellä työlästä. On kuitenkin huomioitava, että pilotissa oli mukana vain yksi maakunta. Jatkossa tulee pilotointia laajentaa myös muihin maakuntiin, jotta saadaan tietoa mm. tietojen vertailukelpoisuudesta.
- Keskeisin kehittämiskohde mittariston näkökulmasta on tavoitteen asetanta sillä tavoin, että se mahdollistaa mittaristorakenteen luomisen. Tämä edellyttää tavoitteiden valintaa ja konkretisointia. Esimerkiksi: mitä terveysterojen kaventumisella käytännössä tarkoitetaan?
- Potilaan näkökulman kerääminen: sekä asiakaskokemusta että asiakkaan raportointia toimintakykyä ja terveydentilaa on kerättävä jatkossa systemaattisesti. Ensimmäisessä tämä tulee tehdä kansainvälisen vertailun mahdollistaville mittareilla.
- Turvallisuuden kolmitasoinen viitekehys kansallisen seurannan näkökulmasta on määritettävä: mitkä ovat keskeisimmät turvallisuustavoitteet, mitkä ovat järjestelmän toimivuutta kuvaavat indikaattorit ja mitkä ovat syitä kuvaavia indikaattoreita. Myös on kiinnitettävä huomiota siihen, miten valvotaan, että turvallisuuteen liittyviä toimintatapoja ja -prosesseja kehitetään itseohjautuvasti toimijoiden osalta.
- Asiakasepisodit kattavien tavoitteellisten hoito- ja palvelusuunnitelmien käyttö ja yksilöinti tietojärjestelmiin auttavat merkittävästi paitsi itse toimintaa, myös laadun ja vaikuttavuuden seurantaa. Kun tapahtumat on liitetty hoito- ja palvelusuunnitelmiin, voidaan episodit tunnistaa aineistosta ja liittää niihin kustannus- ja vaikuttavuustieto sekä kehittää jatkossa episodikohtaisia mittareita. Tämä mahdollistaa myös laadun ja vaikuttavuuden arvioinnin siitä näkökulmasta, kuinka hyvin asiakas pysyy hoito- tai palvelusuunnitelmassa.

6. TARVITTAVA TIETOPOHJA JA TIETOPROSESSI

Arvio nykyisestä tietopohjasta pohjautuu paitsi tutkijoiden kokemukseen käytettävän tiedon määrästä ja laadusta, myös tutkimuksen yhteydessä tehtyyn pilottiin, jossa on arvioitu mahdollisuuksia laskea esitettyjä mittareita nykyisen tietopohjan avulla.

6.1 Nykyinen tietopohja

6.1.1 Suoritteet

SOTE-suoritteiden jaottelussa pohjana voidaan käyttää Sosiaali- ja terveystieteiden tietojohdantamisen käsikirjassa esitettyä jaottelua: asiakkuus, asumispäivä, hoitopäivä, kontakti ja käynti (vrt. sosiaalitoimessa tehty asiakastyö). Jatkossa näihin suoritteisiin on syytä lisätä käynnin kesto sekä työkyvyttömyys (sairauspoissaolo tai -eläke) ja yhteiskunnan korvaamat lääkkeet, vaikka nämä jälkimmäiset eivät ole varsinaisesti suoritteita. Näiden kustannukset on kuitenkin pystyttävä kohdentamaan sekä episodeille että terveysongelmiin/palvelutarpeisiin osaoptimoinnin välttämiseksi. Palvelualueella suoritteet voidaan jäsentää avopalveluihin, kotiin annettaviin palveluihin, laitospalveluihin, asumispalveluihin sekä tukipalveluihin. Laatuun, vaikuttavuuteen ja kustannuksiin liittyvät mittarit tai indikaattorit on liitettävä suoritteisiin ja/tai edelleen niistä rakentuviin episodeihin. Tällä hetkellä suuri osa suoritteista tai palveluista saadaan liitettyä henkilötunnuksella asiakastasolla, mutta episodeja joudutaan useimmiten rajaamaan erilaisilla päättelyalgoritmeilla: millä suoritteeseen liittyvällä tiedolla päätellään tiettyjen suoritteiden liittyvän samaan hoito- tai palvelukokonaisuuteen.

Suoritteiden kirjaaminen sosiaali- ja terveystieteiden osalta on laajentunut ja rakenteinen kirjaaminen lisääntynyt koko 2000-luvun ajan. Erikoissairaanhoidosta alkunsa saanut hoitoilmoitusrekisteri (HILMO) sisältää keskeiset tiedot terveystieteiden suoritteista sekä osittain sosiaalipalveluita. Nykyisin rekisteri kattaa tiedot erikoissairaanhoidon avo- ja laitoshoidosta, perusterveydenhuollon laitoshoidosta, sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluista sekä kotihoidosta, mutta ei lastensuojelun laitoshoidoa tai päihdehuollon asumispalveluja. HILMO sisältää myös yksityissektorin laitoshoidon ja päiväkirurgian. (<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/hoitoilmoitusjarjestelma-hilmo>, päivitetty 22.1.2016) Tämän lisäksi avohoidon hoitoilmoitusrekisteri (Avohilmo) sisältää tiedot perusterveydenhuollon suoritteista ja on ollut käytössä 2011 lähtien. (Peltari & Kaila 2014)

Tietosisällöllisesti eri tuottajien välillä on yhä eroja esimerkiksi diagnoosien ja toimenpiteiden kirjaamisessa, erityisesti sivudiagnoosien ja -toimenpiteiden osalta (Ylinampa 2014). Kuitenkin erikoissairaanhoidosta saadaan kansallisella tasolla riittävän kattavaa tietoa ja tiedon laatua voidaan parantaa hyödyntämällä pitkän aikavälin aineistoa. Esimerkiksi pysyväisdiagnooseja voidaan etsiä pitkältä aikaväliltä, jolloin jokaisen suoritteiden kohdalla ei tarvitse olla merkintää diagnoosista.

Suurimmat puutteet kansallisella tasolla ovat sosiaalipalveluiden avopalveluissa. Kansallisella tasolla ei kerätä asiakaskohtaista informaatiota. Kuntatasolla tällaista aineistoa on saatavissa, mutta useimmiten tietoa tapahtumista ei ole saatavissa rakenteisesti. Sosiaalipalveluiden tapahtumat tai suoritteet on jatkossa kirjattava rakenteisesti siten, että ne mahdollistavat kustannusten liittämisen asiakaskohtaisesti sekä riittävän tiedon sisällöstä, jotta tapahtumat tai suoritteet voidaan luokitella oikeaan palveluun esim. palvelupakettimäärittelyn mukaisesti.

Tätä työtä tehdään parhaillaan kansa-koulu-hankkeessa, joka tukee sosiaalialan organisaatioiden valmiutta liittyä valtakunnalliseen sosiaalihuollon asiakastiedon arkistoon ja edistää määrämuotoisen kirjaamisen ja kansallisten luokitusten käyttöönottoa (<http://www.soc.com.fi/kansa-koulu/>).

6.1.2 Kustannukset

Kokonaiskustannukset sosiaali- ja terveystalv palveluista saadaan kansallisesti kerättyä kunnittain, sairaanhoitopiireittäin jne. Nykyisin keskeisimmät kehityskohteet liittyvät palveluiden jäsentämiseen ja asiakaskohtaisten kustannusten laskentaan. Palvelupakettityössä kehitetään palveluiden jäsentämistä, minkä vuoksi tässä raportissa ei lähdetä tarkemmin kuvaamaan nykytilaa tältä osin.

Asiakas- tai episodikohtaisten kustannusten laskemisessa nykytilan kehittämistarpeet liittyvät yhtäältä edellä esitettyihin suorituskirjaamisiin ja toisaalta siihen, että nykyisin asiakkaan tai asiakasepisodin kokonaistalv palveluiden tiedot sijaitsevat eri rekistereissä ja niiden yhdistely vaatii tutkimuslupia. Osa aineistosta on kunnilla, osa sairaanhoitopiireillä ja osa kansallisissa rekistereissä, kuten KELA:n rekistereissä. Lisäksi episodikohtaisia kustannuksia ei voida laskea, mikäli ei ole määritetty ja kirjattu, mitkä suoritukset muodostavat yhden hoito- tai palveluepisodin.

6.1.3 Laatu ja vaikuttavuus

Saatavuusmittarien osalta valmius kansalliseen raportointiin on hyvä. Näiltäkin osin on määritettävä tavoitteet kullekin osa-alueelle.

Turvallisuuden osalta on olemassa yksittäisiä mittareita, mutta tarvitaan mittarien jäsentäminen eri tasoille ja toisaalta mittareita, jotka kuvaavat kattavuutta: kuinka suuressa osassa SOTE-palveluita turvallisuutta seurataan ja kehitetään systemaattisesti ja turvallisuuspoikkeamiin reagoidaan riittävällä tavalla. Mittarien ohella on kehitettävä kansalliset toimintatavat ja prosessit turvallisuuden seurannalle ja kehittämiselle.

6.1.4 Asiakasryhmämäärittely

Asiakkaista olisi ensinnäkin tärkeää pystyä erottamaan ne asiakkaat, joiden palvelutarve tai terveysongelma on todettu jatkuvaksi ja ne, joilla on tilapäinen tarve tai terveysongelma. Tarkemmalla tasolla asiakasryhmittelyssä voidaan noudattaa samoja periaatteita kuin aiemmin esitettiin episodien osalta. Koska asiakkaalla voi olla useita episodeja samanaikaisesti, tulee määrittää erikseen logiikka, miten asiakassegmentointi tällaisissa tapauksissa tehdään. Asiakkuuden hallinnan ja analysoinnin kannalta esimerkiksi jatkuva tarve on usein tilapäistä tarvetta keskeisempi.

Sosiaalipalveluiden osalta palvelupakettimallin toimintotaso toimii kohtuullisen hyvin myös asiakasepisodiryhmittelynä. Asiakasepisodit, joissa keskeisempänä on terveysongelma, voitaisiin jakaa Suomessa joissakin kunnissa ja SOTE-alueilla käytettyjen pDRG tai EPR-ryhmittelyjen mukaisesti. Tällöin episodiryhmiä tulisi SOTE-tasolla n. 80-100 erilaista. Järjestäjän ja tuottajan välisessä toiminnassa sekä luonnollisesti tuottajien sisällä voidaan käyttää tarkempia ryhmittelyjä esimerkiksi kustannuslaskennan, tuottavuusseurannan tai kilpailutuksen tarpeisiin.

6.2 Keskeiset kehittämiskohteet tiedon keruussa

Tutkimuksessa tunnistetut tietopohjaan liittyvät kehittämistarpeet koskevat turvallisuutta, asiakkaan raportointia tietoja sekä rakenteisen suoritekirjauksen ulottamista kaikkiin palveluihin.

Turvallisuus:

Tällä hetkellä haittatapahtumista aiheutuvia kuolemia ei seurata. THL:n arvion mukaan näitä tapahtuu potilaille 700 – 1700 vuosittain. Sosiaalipalveluiden osalta arviota ei ollut löydettävissä. Tämän asian seuraamiseksi on kehitettävä mittari ja menetelmät, joilla voidaan varmistua, että dokumentointi on luotettavaa. Lisäksi on arvioitava, mitkä muut ovat järjestelmän ylimmällä tasolla tarvittavat mittarit, jotka kertovat vakavimmista haittatapahtumista.

Turvallisuuden osalta on myös kehitettävä mittareita / seurantaa siihen, millaisiin muutoksiin em. ylimmän tason tapahtumat johtavat toimintatavoissa. Tämä liittyy myös toisen tason turvallisuusmittarien kehittäminen, joiden tavoitteena on turvallisuuden valvontaprosessien ohella mitata lievempiä haittatapahtumia tai turvallisuuspoikkeamia. Lisäksi turvallisuuteen liittyen tulisi kyetä mittaamaan turvallisten toimintatapojen (esimerkiksi tarkistuslistat) sekä turvallisuuskäytäntöjen (esimerkiksi toimivan haittatapahtumien käsittelyprotokollan olemassaolo) käyttöönottoa ja noudattamista lattiatasolla.

Turvallisuuden osalta on käytössä lukuisia mittareita, kuten aiemmin todettiin, mutta ne ovat sairaalahoitopainottuneita ja kokonaiskuvan ja jäsenyyksen muodostaminen on tärkeää ennen kuin yksittäisiä mittareita valitaan tai kehitetään.

Asiakkaan/potilaan raportointi terveydentila tai toimintakyky:

OECD:n terveysministerit linjasivat 2017, että tulevina vuosina tulee investoida mittareihin, jotka kuvaavat asiakkaalle tai potilaalle relevanttien vaikutusten aikaansaamista terveystalvelujärjestelmässä. Erityisesti tähän liittyy PROM-mittarien kehitys sekä toiminnan kehittämisen että järjestelmän mittaamisen näkökulmasta. (Coulter 2017, OECD 2017/1, OECD 2017/2)

On tärkeää saada kansallinen yhtenevyys asiakkaan raportoinnille terveydentilan tai toimintakyvyn mittaamiseen. Samaan aikaan on hyvä varmistaa kansainvälinen vertailtavuus. Tutkimuksen perusteella vaihtoehtoisia mittareita olisivat EQ-5D, joka on tällä hetkellä laajasti käytetty tai PROMIS, joka on uusin ja sisältää monia edistyksellisiä näkökulmia aiempiin verrattuna.

Suosituksena on, että näitä tai asiantuntijaryhmän valitsemissa muissa mittareita pilotoidaan 2-3 maakunnassa, jonka jälkeen valitaan, mitkä mittaria käytetään järjestelmätasolla yleisen terveydentilan tai toimintakyvyn keräämiseen. Myös mittaamispisteet tulee määrittellä tarkoin, sillä mittaushetki voi vaikuttaa tulokseen merkittävästi. Lisäksi tulee määrittää periaatteet, joilla asiakas- tai potilasryhmäkohtaisia mittareita valitaan. Periaatteiden tulee sisältää kustannus-hyöty-näkökulma, kun päätetään, missä järjestyksessä tarkempia mittareita otetaan käyttöön. Oleellista on, että ensi vaiheessa keskitytään suurimpiin asiakas- ja/tai potilasryhmiin.

Asiakaskokemus:

Asiakaskokemuksen mittaamista koskevat samat tarpeet kuin asiakkaan raportoimaa vaikutavuutta. On päätettävä, mikä on yleisen tason mittari, jolla seurataan asiakaskokemusta sekä mittauspisteet. Sen lisäksi voidaan sopia, mitkä ovat ne tarkentavat osa-alueet, joista halutaan tarkempaa tietoa asiakaskokemuksesta, jotta järjestelmä kehittyi tavoitteiden mukaiseen suuntaan.

Asiakas- ja potilasjärjestelmiin kerättävä tieto:

Rakenteinen kirjaaminen on ulotettava kattamaan koko sosiaali- ja terveystalouden, että kaikista tapahtumista muodostuu suorite (asiakkuus, kontakti, käynti, hoitopäivä, asumispäivä, työkyvyttömyys, lääkitys), joka voidaan luokitella tiettyyn palveluun, liittyy tiettyyn episodiin ja sille on kohdistettavissa kustannus. Suoritteeseen tulee siis sisältää myös tiedot terveysongelmasta tai palvelutarpeesta. Tämä edellyttää etenkin sosiaalipalveluiden nykyistä jäsenmääränsä ja rakenteista kirjaamista.

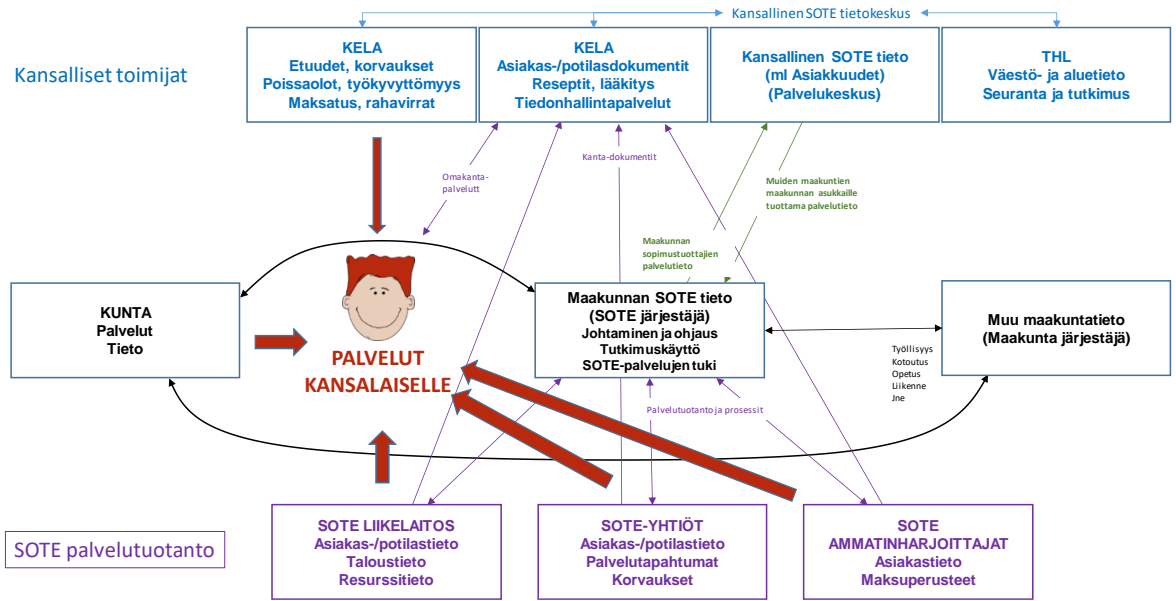
Lisäksi asiakkaiden riskitekijöitä ja pitkäaikaissairaiden hoitotasapainon seuranta ja rekisteröimistä on kehitettävä. Esimerkiksi Helsingissä käyttöönotettu lista kansansairauksien riskitekijöistä on terveydentilaa tai toimintakykyä ennakoivana mittarina sellainen, jonka käyttöä systemaattisesti on syytä arvioida. NHG:n selvitysten mukaan n. 80 % kansalaisista käyttää jotakin julkista sosiaali- tai terveystaloutta vuoden aikana, mikä mahdollistaa riskitekijätietojen keräämisen. Pitkäaikaissairaiden hoitotasapainoa voidaan tällä hetkellä osin epäsuorasti tarkastella komplikaatiomittareiden tai palvelukäytön perusteella, mutta olisi arvioitava mahdollisuuksia rekisteröidä hoitotasapainoa paremmin, jolloin myös hyvä hoitotasapaino tulisi näkyviin. Osittain PROM-mittarien käyttöönotto antaa lisätietoa myös hoitotasapainosta, mutta kattavan kuvan saamiseksi on rekisteripohjaisesti pystyttävä arvioimaan ainakin suurimpia kansansairauksia.

6.3 Keskeiset kehittämiskohteet tietoprosessin osalta

Tietoprosessia ollaan jo kehittämässä muissa kansallisissa hankkeissa siihen suuntaan, mikä tukee tässä tutkimuksessa esitetyn mittariston laskentaa. Peruserätyksenä on, että mittarit ja niiden määrittelyt tehdään kansallisella tasolla. Maakunta velvoittaa tuottajat kirjaamaan nämä tiedot ja toimittamaan ne maakunnan tietovarastoon tai tietopalveluun, joka toimii tietojen integraattorina. Tiedot kootaan kansallisesti maakunnista kansallisiin rekistereihin. Lisäksi kansallisella tasolla yhdistetään eri rekisterien tietoja (etuudet, tulot, Kanta-tiedot, THL:n tiedot, Palvelukeskusten tuottamat SOTE-tiedot). (Kuva 32)

Kuva 32. Kansallinen tietoprosessi (Lähde: Antti Larsio / Sitra)

Kansallinen SOTE-tiedon lähteet ja tietovirrat (toiminta, talous, mittarit)



Asiakaskohtaiset kokonaiskustannukset ja palvelun käyttö:

Asiakaskohtaisten kustannusten seurannan osalta tarvitaan kehitystä kolmella tasolla: 1) edellä esitetty suoritteiden kirjaamisen kattavuuden lisääminen sisältäen suoritekohtaiset kustannukset, 2) eri lähteisiin kertyvän tiedon yhdistäminen (esim. THL, KELA) ja 3) asiakaskohtaisen tiedon jäsentäminen yhteen tietokantaan siten, että tiedot ovat hyödynnettävissä mitaamiseen.

Toinen asia, mihin tietoprosessissa on syytä kiinnittää huomiota, on kroonisten sairauksien seuranta. Nykyisin krooniset sairaudet kirjautuvat yksittäisille suoritteille, mutta niitä ei kohdenneta asiakkaittain. Sen vuoksi on vaikea seurata kroonisten sairauksien esiintyvyyttä ilman aineiston poimimista pitkän aikavälin rekisteristä. Kansallisella tasolla tulee jatkossa olla menetelmä, jossa krooniset sairaudet on kohdennettu asiakkaittain siten, että ne ovat jatkuvasti käytettävissä eri tarkoituksiin.

6.4 Keskeiset kehittämiskohteet mittariston määrittelyn osalta

On ensinnäkin huomioitava, että tässä tutkimuksessa esitetty mittaristo on syntynyt selvitys- ja tutkimustyön pohjana. Se ei siis ole suoraan osa strategiaprosessia, jossa tavoitteiden määrittelyn kautta muodostetaan mittaristo ja mittarit asetettujen tavoitteiden seuraamiseksi. Sen vuoksi tässä esitetty mittaristo pitää ymmärtää viitekehyksenä. Määrittelyn tarkentamiseksi, on konkretisoitava tavoitteet siten, että voidaan tehdä valinnat kunkin osa-alueen mittareista sillä perusteella, mikä parhaiten auttaa tavoitteen seurannassa. Toistaiseksi vain kustannustavoite on määritetty niin konkreettisesti, että mittareiden valinta on mahdollista.

Turvallisuus:

Turvallisuuden osalta keskeisin kehittämiskohte liittyy turvallisuuden viitekehyksen rakentamiseen. Tässä voidaan mallina käyttää ilmailun kolmitasoista kehikkoa. Tämän lisäksi tulee

kehittää mittareita ja seurantaan siihen, miten turvallisia, ennakoivia toimintatapoja noudatetaan ja miten havaitut turvallisuuspoikkeamat johtavat muutoksiin toiminnassa ja toimintakäytännöissä.

DALY-painojen määrittäminen

Kansainvälisesti on olemassa painot eri terveysongelmiin ja diagnooseihin. Kuitenkin kansallinen käyttöönotto vaatii näiden käytettävyyden testausta ja arviointia sekä kriteereiden täsmentämistä esimerkiksi lieville, keskivakaville terveysongelmille ja palvelutarpeille. Kansallisten rekisterien pohjalta voidaan jo nyt pilotoida ja testata painokertoimien vaikutuksia DALY-muuttujan arvoihin. Painokertoimia on myös arvioitava jatkossa esim. hoitomenetelmien kehittyessä, jolloin tiettyihin terveysongelmiin liittyvät haitat saattavat muuttua. Tälle on siis luotava prosessi, joka varmistaa DALY:n luotettavuuden ja käytettävyyden pitkällä aikavälillä.

6.5 Arvio mittariston käytettävyydestä 2019-2025

Nykyinen tietopohja mahdollistaa 2019 alkaen kustannusten seurannan, rekisteripohjaisen vaikuttavuuden arvioinnin (DALY), saatavuuden arvioinnin sekä tiettyjen turvallisuuteen liittyvien mittarien seurannan. Asiakaskokemuksen, asiakkaan raportoiman terveydentilan/toimintakyvyn sekä turvallisuuden osalta on kuitenkin tehtävä sen verran määrittely-, testaus- ja validointityötä, että näitä saadaan kansallisella tasolla vaiheittain käyttöön todennäköisesti vasta vuoden 2019 jälkeen. Asiakkaan raportoimien tietojen osalta on olemassa kansainvälisiä standardoituja mittareita, joten niiden osalta kyse on enemmän valinnasta, pilotoinnista, testauksesta ja arvioinnista kuin itse mittarien rakentamisesta. Turvallisuuden osalta tarvitaan laajempaa kehittämistä, koska kansainvälisestikään ei järjestelmätasolla ole olemassa valmiita rakennetta tai kattavaa mittaristoa. Viitekehyksiä ja yksittäisiä indikaattoreita on löydettävissä.

LÄHTEITÄ JA TAUSTA-AINEISTOJA

Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ* 2017;356:j816

OECD 2017/1 Health Ministers. The next generation of health reforms: ministerial statement. 2017. www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf.

OECD 2017/2 Organisation for Economic Co-operation and Development. Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics. 2017. www.oecd.org/health/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf.

Liite. Hankkeessa haastatellut asiantuntijat

- Kimmo Karvonen, Sininauhasäätiö
- Antti Iivanainen, Apotti
- Pirjo Vainio, Tuusulan kunta
- Janne-Olli Järvenpää, Mehiläinen
- Juha Tuominen, Suomen Terveystalo
- Kirsti Ylitalo-Katajisto, Oulun kaupunki
- Ismo Rautiainen, Lahden kaupunki
- Hennamari Mikkola, KELA
- Taru Kuosmanen, Tampereen kaupunki
- Pentti Itkonen, Eksote
- Harriet Finne-Soveri, Helsingin kaupunki
- Matti Mäkelä, THL
- Martti Kekomäki
- Heidi Anttila, THL
- Sinikka Hiekkala, Invalidiliitto
- Jukka-Pekka Mecklin, KSSHP
- Visa Honkanen, HUS
- Maire Ahopelto, Kainuun maakunta
- Risto Mäkinen, Helsingin kaupunki
- Leena Setälä, VSSHP
- Markku Nurmikari, Hämeenlinnan kaupunki
- Tiina Kirmanen, Eksote
- Seppo Ranta, KHSHP
- Reijo Haapiainen, HUS
- Markus Torkki, Pohjolasairaala
- Risto Roine, Itä-Suomen yliopisto
- Mika Pyyhtiä, Megical
- Patrick Jeurissen, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Hollanti
- Jonas Wohlin, IVBAR, Ruotsi
- Philip vanderWees, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Hollanti
- Tom Bowen, Balance of Care, Iso-Britannia
- Paul Forte, Balance of Care, Iso-Britannia
- Jan Vissers, Erasmus University Rotterdam, Hollanti





VALTIONEUVOSTON
SELVITYS- JA TUTKIMUSTOIMINTA

tietokayttoon.fi

ISSN 2342-6799 (pdf)
ISBN 978-952-287-383-5 (pdf)

