

TERVEYDENHUOLLOSSA KANSALLISTEN RESURSSIEN ON TUETTAVA PAIKALLISIA RATKAISUJA

Martti Kulvik, martti.kulvik@etla.fi

Sirpa Maijanen

Tarmo Valkonen, tarmo.valkonen@etla.fi



Lisätietoja: www.promeq.fi



Tutkimusta rahoittaa strategisen tutkimuksen neuvosto,
joka toimii Suomen Akatemian yhteydessä (#303615).

Päättäjille

Terveyspoliittisesti on välttämätöntä, että paikallisilla toimijoilla, kuten kunnallisilla päättäjillä, on mahdollisuus vaikuttaa siihen, miten kansallisia resursseja ohjataan heidän alueensa sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Tässä selvityksessä esitettävien tulosten sekä aiempien Promeq-politiikkasuositusten pohjalta voimme päätellä, että Suomessa

- kaikki eivät nykyisellään saa tarvitsemiaan palveluita
- kun tavoitteena on säästää resursseja, tehostaminen kohdistetaan tyypillisesti suuriin potilasryhmiin
- niistä, jotka eivät kykene mukautumaan uudentyyppisiin toimintatapoihin, voi muodostua huomion ulkopuolelle jäävä vähemmistöryhmä, jota uhkaa syrjäytyminen
- sosioekonomisen eriarvoisuuden rinnalle nousee tällöin uusia, sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamistavasta johtuvia eriarvoistavia tekijöitä.

Edellä olevista havainnoista johdamme mittapuun soten suunnittelua ja toteuttamista varten:

Vain politiikka, joka hyödyttää enemmistöä vielä senkin jälkeen kun sen eriarvoistavat vaikutukset vähemmistölle on korjattu, lisää kaikkien hyvinvointia.

Jotta tällainen politiikka olisi mahdollista, tulee paikallisten vaikuttajien ja paikallisten terveydenhuollon toimijoiden tärkeäksi tehtäväksi oman alueensa sotejärjestelmä vähemmistöjen tunnistaminen, sekä väliportaan ja valtion tehtäväksi turvata eriarvoistumisen vähentäminen paikallistasoa kuunnellen.

Maailman parasta voi parantaa

Suomalainen terveydenhuolto on OECD-maiden parhaimpia¹. Suomi on myös yksi Euroopan tasavertaisimmista maista terveyspalveluiden saatavuuden mittarilla - OECD:n mukaan ylimmän ja alimman tuloluokan välinen ero terveyspalveluilla vaille jääneissä on vain kaksinkertainen.²

¹ STM (2015) Suomen terveydenhuollon laatu on OECD-maiden parhaimpia. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/suomen-terveydenhuollon-laatu-on-oecd-maiden-parhaimpia

² OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en> Käytetty 2.4.2019.

Terveydenhuoltomme peruslähtökohtana on tarjota kullekin potilaalle hoitoa hänen tarpeidensa mukaan. Hyvässä on kuitenkin aina parantamista:

- OECD:n mukaan joka yhdeksäs suomalainen koki jäävänsä vaille tarvitsemaansa hoitoa³
- THL:n mukaan joka kuudes aikuinen kertoo saaneensa liian vähän terveyspalveluita tarpeeseensa nähden ⁴
- Kunnallisan kehittämissäätiön mukaan noin joka kolmannen mielestä oikeudet sosiaaliturvaan, terveydenhuoltoon, välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon toteutuvat riittämättömästi⁵

Kyselyymme vastanneiden terveydenhuollon ammatti-laisten kokemukset ovat samansuuntaisia. Heidän mielestään heidän mahdollisuutensa tarjota palveluita eivät kaikilta osin täytä terveydenhuollolle asetettuja tavoitteita: joka toisen työpaikalla oli säännöstelty tarjottavia palveluita, joka viidennen työpaikalla oli valikoitu autettavia henkilöitä ja joka kuudennen työpaikalla osa potilaista oli jäänyt ilman tarvitsemaansa hoitoa. Kun tähän lisätään mm. THL:n havainnot siitä, että terveyspalveluiden saatavuus⁶ ja laatu⁷ vaihtelevat alueittain, on ilmeistä, että terveydenhuollon järjestämistä ja rahoitusta koskevat ratkaisut vaikuttavat terveyspalveluiden tasa-arvoiseen tarjontaan ja toteutukseen.

Terveydenhuollon henkilöstön terveiset

- **Palveluiden saatavuutta parantaa parhaiten**
- **henkilöstöpulan korjaaminen**
- **lähettävän ja vastaanottavan yksikön yhteistyön kehittäminen**
- **joustovara palveluketjuissa**

³ OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en Käytetty 2.4.2019.

⁴ THL (2019) Jopa 400 000 suomalaista kokee saaneensa tarpeeseensa nähden liian vähän lääkäripalveluja, 80 000 liian vähän sosiaalityöntekijän palveluja. <https://thl.fi/-/jopa-400-000-suomalaista-kokee-saaneensa-tarpeeseensa-nahden-liian-vahan-laakaripalveluja-80-000-liian-vahan-sosiaalityontekijan-palveluja>. Käytetty 2.4.2019.

⁵ KAKS (2019) Tutkimusosio, Perusoikeudet toteutuvat jokseenkin riittävästi. 23.3.2019, https://kaks.fi/wp-content/uploads/2019/03/tutkimusosio_perusoikeudet-toteutuvat-jokseenkin-riittavasti-1.pdf Käytetty 2.4.2019.

⁶ Rissanen, P. (toim.) (2019). Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa. Asiantuntija-arvio, syksy 2018. THL 2/2019

⁷ esim. Hämäläinen, P. ja Gissler, M. (2014). OECD:n terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa 2011-2012. THL tilastoraportti 20/2014. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/aineistot-ja-palvelut/tilastojen-laatu-ja-periaatteet/laatuselosteet/oecd-n-terveydenhuollon-laatuindikaattorit-suomessa>.

Uusia ryhmiä joutumassa syrjäytymisuhan alle

Terveydenhuollossa määrän, kustannusten ja laadun välillä on yhteys: jos haluamme lisätä saatavuutta (määrää) huonontamatta laatua⁸, on meidän hyväksyttävä kustannusten nousu. Tasa-arvon tuottaminen siis maksaa, ja meille jää epämieluisa valintatilanne eriarvoisuuden vähentämisen ja kustannusten hillitsemisen välillä.

Kustannusten, määrän ja laadun kohtalonyhteyden murtamiseksi terveydenhuollossa etsitään jatkuvasti keinoja tehostaa toimintaa. Tehostamalla toimintaa esimerkiksi paremmalla teknologialla⁹ säästetään kustannuksissa, ja säästö voidaan käyttää laadun parantamiseen tai eriarvoisuuden vähentämiseen.¹⁰ Tehostamisessa piilee kuitenkin myös vaara: muuttuneet toimintatavat saattavat tahtomattaan sysätä kokonaan uusia ihmisryhmiä kohti eriarvoisuutta.

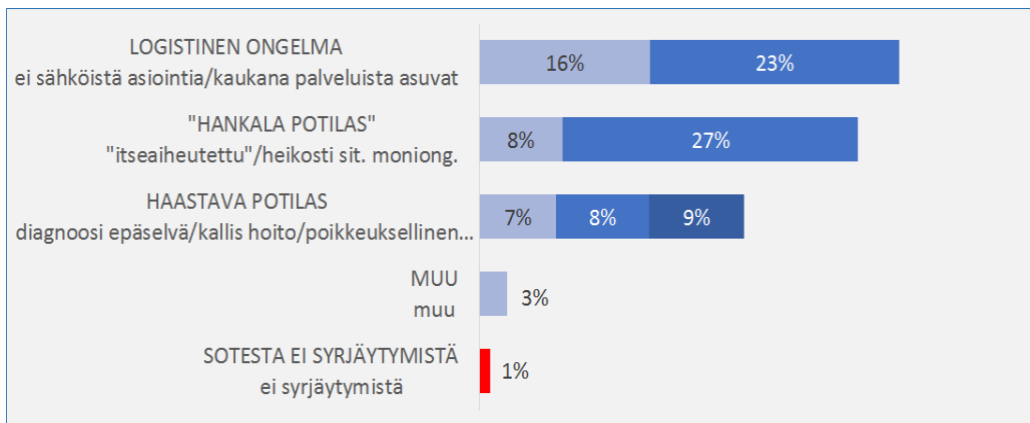
Suomessa ihmisten yhdenvertaisuutta seurataan tarkastelemalla erityisesti sosioekonomisia eroja. Ne näkyvät meidänkin tutkimuksessamme: joka kolmas terveydenhuollon ammattilainen oli huomannut sosioekonomisten erojen vaikuttavan sekä tarjottaviin tutkimuksiin että tarjottuihin hoitoihin, ja lähes puolet terveydenhuollon ammattilaisista oli huomannut sosioekonomisten erojen vaikuttavan hoidon tuloksiin.

Huolestuttavaa on, että ongelma korostui perusterveydenhuollossa. Terveyskeskukset ovat terveydenhuollon eturintama, jonka oletetaan olevan samanarvoinen kaikille. Voidaan kysyä, edistääkö resurssipula niin sanottua piilopriorisointia etenkin heikosti sitoutuneiden potilaiden osalta?

⁸ Taloustieteessä tarkastellaan usein yhtä muuttuvaa tekijää kerrallaan, mistä käytetään latinankielistä termiä *ceteris paribus* - muiden asioiden pysyessä ennallaan.

⁹ taloustieteen termein puhutaan tuottavuuden parantamisesta

¹⁰ Shalowitz, J. (2008). "Blueprint for Understanding Complex Health Care Systems". In: Kotler, P, Shalowitz, J. and Stevens, R: Strategic Marketing For Health Care Organizations: Building A Customer-Driven Health System, Jossey-Bass Publishers.



Kuva 1. Uudet syrjäytymisuhan alla olevat väestöryhmät terveydenhuollon ammattilaisten arvioimana.

Selite: Kunkin palkin pituus ja sitä vastaava prosenttiluku kertovat, kuinka monta prosenttia vastaajista oli osoittanut palkin vasemmalla puolella nimetyt väestöryhmät syrjäytymisuhan alla oleviksi

Sosioekonomisten ongelmien lisäksi ammattilaisemme nostivat esiin useita ryhmiä, joiden he arvioivat olevan vaarassa joutua syrjäytyneiksi terveydenhuollon uusien järjestelmäratkaisujen myötä (kuva 1):

- potilaat, joilla on logistisia ongelmia, kuten maantieteellinen etäisyys terveyspalveluista, tai digitaalinen etäisyys eli huonot tai olemattomat mahdollisuudet sähköiseen asiointiin. Joka kolmas logistisen ongelman nimenneistä mainitsi molemmat.
- "hankalat potilaat": moniongelmaiset huonosti hoitoon sitoutuvat henkilöt, sekä yhä useammin "itseaiheutetuista" sairauksista kärsivät potilaat
- haastavat potilaat eli potilaat, jotka haastavat terveydenhuollon joko epäselvällä diagnoosilla tai kalliin tai poikkeuksellisen hoidon tarpeella

Tulevaisuudessa onkin olennaista tunnistaa uudistusten aikana ne väestöryhmät, jotka ovat

Terveydenhuollon henkilöstön terveiset

- **terveyspalvelujen myönteisiä vaikutuksia lisää parhaiten panostaminen seuraaviin:**
 1. potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen ja asiakaskeskeinen toiminta
 2. varhainen tuki ja ennaltaehkäisy
 3. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnan yhteensovittaminen ja tietokantojen yhdistäminen
 4. potilaiden elämänhallinnan tukeminen
 5. eriarvoistavien toimintatapojen tunnistaminen ja purkaminen
- **laadusta tinkiminen haittaa yksiköiden toimintaa kaikkein eniten, siksi mahdolliset lisäresurssit tulee käyttää ensisijaisesti laatuvaheen korjaamiseen**

joutumassa syrjäytymisuhan alle suunniteltujen ratkaisujen vuoksi, ja tehdä tarvittavat korjaavat muutokset suunnitelmiin. Sekä syrjäytymismekanismit että syrjäytymisuhan alla olevien lukumäärät ovat todennäköisesti hyvin paikkakuntaakohtaisia.

Keskiarvoraportointi peittää mahdolliset syrjäytyjät

Seurantatavan ja mittareiden oikea valinta on vaikea tehtävä. Olennaista on, että mittarit mittaavat luotettavasti organisaation toimintaa ja sen tavoitteen saavuttamista. "Huonojen tuottavuusmittareiden käyttäminen johtamisen välineenä on parhaimmillaan harmittonta."¹¹ Hyvät mittarit seuraavat kehityksen suuntaa, ja tunnistavat myös ongelmakohtia.

Keskiarvo on käyttökelpoinen mittari seurata tilannetta, mutta se ei kerro koko totuutta. Ensimmäisenä esimerkkinä ovat maantieteelliset etäisyydet palveluihin. THL:n asiantuntija-arvion mukaan matka terveyskeskukseen vie Uudellamaalla keskimäärin 6,5 minuuttia ja Lapissa 12,3 minuuttia, kun matkataan henkilöautolla terveyskeskukseen ruuhkattomana aikana¹². Samanaikaisesti FinSote-tutkimuksessa 29 % uusmaalaisista ja 32 % lappilaisista terveyspalveluiden käyttäjistä kokee hankalien matkojen haittaavan hoidon saantia¹³.

Minuutit vai kokemukset - kun stadilainen ja landelainen sairastivat

Stadi ja lande ovat samalla viivalla - molemmissa matka päivystykseen kestää tunnin. Landella voipunut potilas pääsee henkilöautolla 70 kilometrin matkan tunnissa, ruuhkattomasti. Stadissa toinen voipuja matkusti 10 kilometrin matkan bussilla, metrolla ja uudelleen bussilla tunnissa.

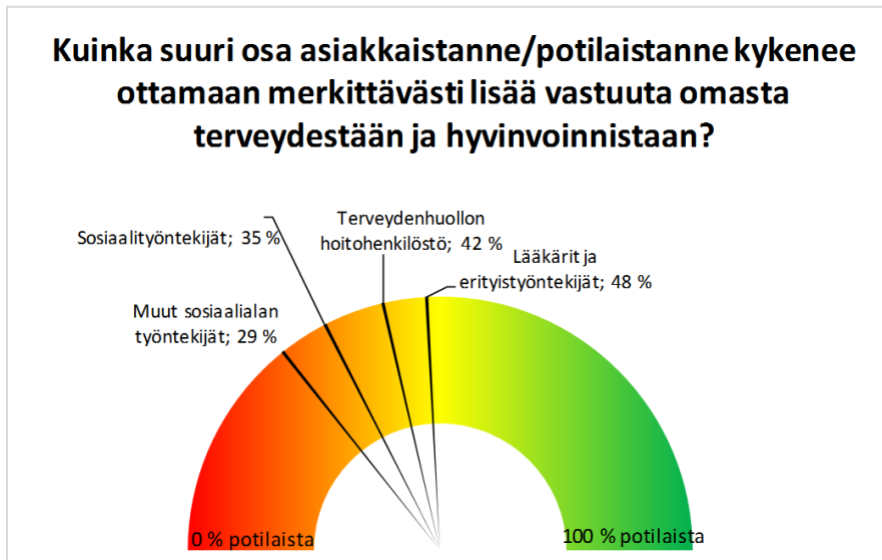
Stadi ja lande ovat samalla viivalla: molemmissa toimintoja on tehostettu. Landella palvelut on keskitetty, vaikkakin kauemmas potilaista. Stadissakin palvelut on keskitetty, mutta useamman katon alle. Siinä, missä landen keuhkokuumepotilas pääsi samassa talossa lääkäriin, laboratorioon ja röntgeniin, stadissa keuhkokuumepotilas matkusti ensin lääkäriin, joka lähetti hänet toiseen terveyskeskukseen laboratoriokokeisiin ja kolmanteen röntgenkuvaan ja sitten takaisin lääkäriin ensimmäiseen terveyskeskukseen. Ja jos ei olisi jaksanut kulkea julkisella kyydillä, voi mennä taksilla ja maksaa omavastuusuuden jokaisen terveyskeskuksen välissä.

¹¹ Kauhanen, A. ja Martikainen, O. (2013) Tuottavuus käsitteenä ja sen mittaaminen käytännössä. Kirjassa Castren ym. (2013). ICT ja palvelut. Näkökulmia tuottavuuden kehittämiseen. Etlä Sarja B 259

¹² Rissanen, P. (toim.) (2019). Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa. Asiantuntija-arvio, syyskuu 2018. THL 2/2019

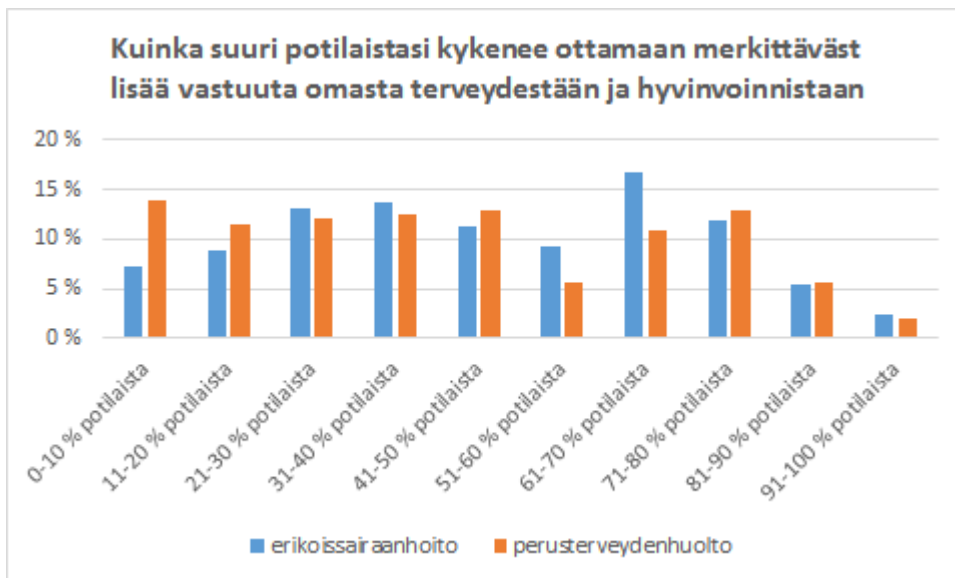
¹³ FinSote 2018. Hankalat matkat haitanneet (%) terveyspalveluja käyttäneistä. http://www.terveytemme.fi/finsote/2017-2018/graph/select.php?alue1=01&alue2=1001&osoitin=fs_htc_access_distance_cr

Toinen esimerkki. Viime vuosina on paljon korostettu yksilön vastuun lisäämistä omasta hyvinvoinnistaan. Soteammattilaisten mielestä keskimäärin kaksi viidestä asiakkaasta kykenee ottamaan merkittävästi lisää vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Tilanne ei kuitenkaan ole näin yksiselitteinen. Esimerkiksi sosiaalialan ammattilaiset kohtaavat harvemmin lisävastuuseen kykeneviä kuin terveydenhuollon ammattilaiset (kuva 2).



Kuva 2. Työntekijöiden arvio ammattiryhmittäin siitä, kuinka suuri osuus heidän asiakkaistaan / potilaistaan kykenee ottamaan merkittävästi lisää vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan

Samoin perusterveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat harvemmin lisävastuuseen kykeneviä kuin erikoissairaanhoidon ammattilaiset (kuva 3). Lisävastuun kannalta huono uutinen löytyy kuitenkin keskiarvojen ulkopuolelta: jopa 25 % perusterveydenhuollon vastaajista on sitä mieltä, että korkeintaan 20 % potilaista kykenee ottamaan lisävastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan; ja vain 8 % terveydenhuollon ammattilaisista arvioi, että yli 80 % heidän potilaistaan kykenee ottamaan lisävastuuta. Huono uutinen vastuun siirrolle siksi, että perusterveydenhuolto toimii sairauksien ennaltaehkäisyssä etulinjassa ja heikot mahdollisuudet lisätä potilaiden omaa vastuuta ohjaavat muihin ratkaisuihin.



Kuva 3. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon henkilökuntien näkemys siitä, kuinka suuri osuus heidän potilaistaan kykenee ottamaan merkittävästi lisää vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan

Kunnollinen ja eri olosuhteisiin sopeutettavissa oleva mittaristo, oikea ja käyttökelpoinen tieto, ymmärrys eriarvoisuutta lisäävistä tekijöistä oma toiminta mukaan luettuna, valta ja vastuu korjata tilanne, sekä osaavat johtajat - siinä eväskori seuraavan soten toteutukseen.

Näin tutkimus tehtiin

Teimme helmi-maaliskuussa 2016 kyselyn sosiaali-, terveys- ja tukipalveluhenkilökunnalle sote-uudistukseen liittyen. Kysely tehtiin Manner-Suomessa ja otannassa otettiin huomioon maantieteellinen ja sisällöllinen kattavuus.

Kysymykset räätälöitiin ammattikuntien mukaan, eli teimme kaiken kaikkiaan 9 erilaista internet-kyselyä. Kysymykset käsittelivät palveluiden laatua, taloushallintoa, henkilöstöresursseja ja johtajuutta, teknologian roolia ja henkilöstön

Terveydenhuollon ammattilaisten terveiset

- alueellisia uudistuksia suunniteltaessa tulee painottaa
 1. henkilöstön kuulemista
 2. oikean tiedon kokoamista ja jakamista
 3. avoimuutta
 4. potilaiden/asiakkaiden kuulemista
- uudistuksessa tarvitaan esimiehiä, jotka painottavat erityisesti
 1. henkilöstön hyvinvointia ja kannustamista
 2. ammatillista osaamista
 3. oikeudenmukaisuutta ja tasapuolisuutta

näkemyksiä sote-uudistuksen tarpeista ja toteutuksesta. Kyselystä on julkaistu laajempi raportti yleistasolla keväällä 2016¹⁴.

Kyselyyn vastasi 2736 sote-alan ammattilaista. Vastaajista 73 % työskenteli terveydenhuollossa, 13 % sosiaalitoimessa ja 14 % tukipalveluissa. Tässä politiikkasuosituksessa tarkastelemme terveydenhuollon vastauksia.

Terveydenhuollon vastaajista 59 % työskenteli erikoissairaanhoidossa ja 41 % perusterveydenhuollossa. Vastaajissa oli mukana esimiehiä, lääkäreitä, erityistyöntekijöitä (esim. terapeutit ja sosiaalityöntekijät), hoitajia ja hallinnon työntekijöitä. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli kokenutta, yli 10 vuotta alalla työskennellyttä joukkoa, vakinaisia ja kokoaikaisia. Perusterveydenhuollon työntekijät työskentelivät pienemmissä yksiköissä ja edustivat tasaisemmin kaupunkimaisia, taajaan asuttuja ja maaseutumaisia alueita kuin suurimmaksi osaksi kaupunkimaisilla alueilla suurissa yksiköissä työskentelevät erikoissairaanhoidon kollegansa.

¹⁴ Kauhanen, A., Kotiranta, A., Kulvik, M., Lassila, J., Maijanen, S., Tähtinen, M., & Valkonen, T. (2016). Sote–enemmän, paremmin ja halvemmalla?