

Petra Kinnula, Teemu Malmi  
ja Erkki Vauramo

# **Mitä tunnuslukuja sote-alueen johtamisessa tarvitaan?**

Mitä tunnuslukuja sote-alueen  
johtamisessa tarvitaan?



Petra Kinnula, Teemu Malmi ja Erkki Vauramo

# **Mitä tunnuslukuja sote-alueen johtamisessa tarvitaan?**

**KAKS** – KUNNALLISALAN KEHITTÄMISSÄÄTIÖ

Kieliasun tarkistus:  
Sirpa Ovaskainen

Kunnallisalan kehittämissäätiön  
Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 102  
© Pole-Kuntatieto Oy ja kirjoittajat

ISBN 978-952-7072-74-5 (pdf)  
ISSN 1235-6956

# Sisällys

ESIPUHE .....	7
1 SOTE-ALUEEN JOHTAMINEN ON LUVUILLA JOHTAMISTA .....	9
1.1 Sote-uudistus etenee .....	9
1.2 Kerätyt tiedot on jalostettava hyötykäyttöön .....	13
1.3 Tunnuslukuprojektin käyttämät mittarit .....	16
2 HAVAINTOJA KANSAINVÄLISISTÄ TOIMINNAN- OHJAUS- JA TUNNUSLUKIJÄRJESTELMISTÄ .....	20
2.1 Terveydenhuollon tunnuslukuja on runsaasti .....	20
2.2 Kansainväliset mittaristot: Suomella hyvä laatu – resurssien käytössä parannettavaa .....	23
2.2.1 Euro Health Consumer Index .....	23
2.2.2 Euro Heart Index 2016 .....	25
2.2.3 OECD Health at Glance .....	25
2.3 NHS:n uusi palvelurakenne ja toteuttaminen .....	28
2.3.1 Ehdotus NHS:n uuden tunnusluku- järjestelmän rakenteeksi .....	30
2.3.2 Ehdotus NHS:n alueiden vertailuissa käytettäviksi tunnusluvuiksi .....	32
3 RAKENTAMINEN JA TUNNUSLUVUT .....	34
3.1 Lääkintöhallituksella oli tunnuslukujärjestelmä .....	34
3.2 Rakentamisen kustannukset hallitaan tunnusluvuilla ...	35

3.3	Sairaalarakennuksen mitoituksesta	37
3.4	Sairaalarakennuksen mitoituksesta	38
3.5	Sairaaloiden tyhjäkäynti eli ”hukka”	41
3.6	Vanhuspalvelujen rakennukset	43
3.7	Rakentamisprosessin hallinta	44
4	SOTE-ALUEEN JOHTAMINEN JA TUNNUSLUVUT	45
4.1	Tarvitaan uusi johtamistapa – tiedolla johtaminen	45
4.2	Sote-alueiden keskinäinen vertailu	48
4.3	Sote-verkoston strateginen johtaminen	50
4.4	Tarvitaan todellista johtamista ja rohkeaa päätöksentekoa heti	53
4.5	Tunnusluvuille ja johtamiselle on asetettava kunnianhimoisia tavoitteita	55
4.6	Tunnusluvuille on asetettava laatuvaatimuksia	56
4.7	Tarvitaan luotettavaa ja jalostettua tietoa	58
5	YHTEENVETO	61
Liite 1.	Suuren ikäluokan ikääntyminen ei lisää oleellisesti erikoissairaanhoidon kokonaistarvetta	66
Liite 2.	Lääkärityöpanos perustasolla vaihtelee liikaa	70
Liite 3.	Johtaminen aikaan liittyvillä tunnusluvuilla ja tavoitteilla	72
Lähteet		74

# Esipuhe

Sairaanhoitopiirien tunnuslukuprojektin tavoitteena on ollut löytää sellaisia lukuja, jolla voidaan kuvata toimintojen mitoitusta ja arvioida toimintojen tarkoituksenmukaisuutta. Lukuja on osittain verrattu muiden maiden käytäntöihin.

Tunnuslukuprojektin tuloksia on raportoitu kolmessa Kunnallisalan kehittämissäätöön julkaisussa. Näistä ensimmäisessä ”Sisältöä sote-uudistukseen” pohdittiin Suomen asemaa muitten palvelujärjestelmien joukossa. Toinen ”Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua?” käsitteli Suomen sisäisiä palvelujärjestelmän eroja. Kolmas ”Miten sote-uudistus toteutetaan?” sisällsi ehdotuksen palvelujärjestelmän kehittämisestä. Ehdotus oli toiminnallisesti kattava, ja siihen sisältyi tiekartta, miten seuraavien kymmenen vuoden aikana voitaisiin selvittää sekä lisääntyvästä vanhusmäärästä että tarvittavista kustannuksista. Tiekartta sisällsi kuusi eri osa-aluetta, jotka muodostivat yhden toiminnallisen kokonaisuuden.

Tehdyissä kolmessa raportissa on monella tavalla tarkasteltu palvelujärjestelmää. Periaatteena on ollut suhteuttaa palvelutarve ja -tuotanto väestöön ja verrata alueita keskenään. Tässä raportissa tarkastelemme, mitä tunnuslukuja sote-alueen johtamisessa tarvitaan. Raportissa käytetyt esimerkit perustuvat pääosin Suomen terveydenhuoltojärjestelmän omista tietokannoista poimittuihin lukuihin 2010-luvuilla. Koska tavoitteena ei ole



erikseen saattaa mitään organisaatiota hankalaa tilanteeseen, esitämme käyttämissämme esimerkeissä osittain tiedot mainitsematta lähdettä. Kaikki esimerkit perustuvat kuitenkin todellisiin tilanteisiin ja lukuihin.

Osa esitetyistä luvuista on hiljaista tietoa. Suunnitteluprosessissa on runsaasti käytössä erilaisia suhdelukuja. Esimerkiksi sairaaloiden koko määriteltiin neliömetreinä sairaansijaa kohti, sairaansijoina asukasta kohti ja henkilökuntana sairaansijaa kohti. Luvut olivat yleisesti käytössä, mutta niiden alkuperää on mahdoton määritellä.

Tunnuslukuprojektin aikana olemme joutuneet tekemisiin monien tietojärjestelmien kanssa. Tiedot on kerätty Tilastokeskuksen, THL:n, Kuntaliiton ja Kelan rekistereistä. Osa tiedoista on suoraan ollut saatavissa organisaatioiden verkkopalvelusta. Haluamme lausua näille organisaatioille parhaat kiitoksemme saamastamme avusta.

Pääsääntöisesti sairaanhoitopiirejä ja muita alueita koskevat tiedot on poimittu THL:n HILMO-tietokannan vuosittaisista potilaslaskentatiedoista. Nämä erillispoiminnat on tehnyt nyt eläkkeelle siirtynyt Simo Pelanteri. Ilman hänen innovatiivista apuaan näitä raportteja ei olisi voitu tehdä. Tästä haluamme lausua hänelle parhaat kiitokset kuten myös Kunnallisalan kehittämissätiölle saamastamme tuesta ja arvokkaasta palautteesta.

Lopuksi vielä kiitos Etelä-Karjalan, Etelä-Pohjanmaan, Etelä-Savon, Keski-Suomen, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Vaasan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireille sekä Kunnallisalan kehittämissätiölle siitä, että tämä projekti oli mahdollinen.

Helsingissä helmikuussa 2017

Petra Kinnula

Teemu Malmi

Erkki Vauramo

# 1 Sote-alueen johtaminen on luvuilla johtamista

## 1.1 Sote-uudistus etenee

Tätä yhteenvetoa kirjoitettaessa ei ole lopullisesti selvillä, miten sote-uudistus tullaan hallinnollisesti ja sisällöllisesti toteuttamaan ja kuinka sektorin rahoitus järjestetään. Sote-alueilla tulee toimimaan joukko kunnallisia, yksityisiä ja kolmannen sektorin toimijoita, jotka palveluja tuottavat. Kukin tuottaja vastaa oman toimintansa johtamisesta.

Sote esiteltiin aluksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusprojektina. Nyt projekti on muuttunut rakennemuutosprojektiksi. Tämä näkyy sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kannoista, joissa todetaan sotessa muuttuvan kaksi asiaa:

1. Muodostetaan maakunta, jossa sosiaali- ja terveydenhuolto on yhdessä hallinto-organisaatiossa.
2. Vuoden 2019 alussa kunnilla ei ole budjettia sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Käytännössä tämä merkitsee myös sitä, että sosiaali- ja terveydenhuoltoa kehitetään voimassa olevan lainsäädännön puitteissa. Vanhuspalvelulaki, terveydenhuoltolaki ja sosiaalihuoltolaki ohjaavat toiminnan sisältöä.

Nykyisten tietojen mukaan sairaanhoitopiirit siirtyvät maakuntiin kokonaisuuksina ja perustasolla valmistellaan toiminnan siirtoja kunnilta maa-

kunnille. Kun lisätään aikatauluun siirtymäkausi, alkavat uudelleenjärjestelyt vaikuttaa todellisuudessa vasta 2020-luvulla. Näin tehtynä sote-uudistuksen panos kestävyysvajeeseen on pienempi kuin mitä väestön ikärakenne edellyttäisi. Eläköitynyt suuri ikäluokka käyttää vähemmän erikoissairaanhoidoa (ks. esim. liite 1) kuin työelämänsä viimeisinä vuosina eikä vanhuspalvelujen tarve kasva merkittävästi ennen 2030-lukua.

Suomen kansantalous on seuraavan kymmenen vuoden aikana kaikkien käytettävissä olevien ennusteiden mukaan hitaasti kasvava. Vuotuinen kansanvälisestä kehityksestä johtuva lääkkeiden ja uusien laitteiden kustannustason nousu lienee noin 1–3 %. Näiden tekijöiden vaikutus vuosibudjettiin on vähäinen. Vaikka seuraavan 10 vuoden aikana palkkatason nousun oletetaan olevan maltillista, lienee se keskimäärin yli 1 %. Jos sote-sektorin euromääräiset kustannukset voivat kasvaa 0,9 % vuodessa, pienevät sektorin käytettävissä olevat voimavarat suhteellisesti muualla tapahtuvan kustannusinflaation vuoksi. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset laskisivat reaalisesti vuosittain 1–2 % seuraavan kymmenen vuoden ajan. Kymmenessä vuodessa tämä merkitsisi 10–20 %:n laskua.

Sote-uudistuksella tulisi olla kunnianhimoisemmat tavoitteet. Tunnusluku-projektimme kaksi keskeisintä havaintoa olivat ensinnäkin se, että toimenpiteiden, käyntien yms. suoritteiden määrät suhteessa väestöön, hoitavaan henkilöstöön jne. vaihtelevat alueittain todella merkittävästi eikä näitä eroja voida mitenkään selittää väestön sairastavuudella tai muilla tarvetekijöillä. Tämän raportin liitteessä 2 on viimeisimpiä analyysejämme lääkäripanoksen alueellisesta jakautumisesta, mikä osoittaa aikaisempien raporttiemme tavoin, että suoritteiden epätasaisen jakautumisen lisäksi myös resurssit ovat jakautuneet epätasaisesti. Jos sosiaali- ja terveydenhuollossa halutaan aidosti löytää säästöjä, tämä tarjontavetoinen ylituotanto täytyy saada kuriin. Toinen keskeinen havainto oli se, että toiminnan kustannukset per asukas vaihtelivat erittäin paljon maamme sisällä. Osa kustannuseroista selittyy varmasti edellä mainitun ylituotannon kautta, mutta myös toimintatavoissa on alueittain merkittäviä eroja. Tulevassa sote-mallissa tulisi olla riittävät kannusteet omaksua parhaita (sekä laadultaan että kustannuksiltaan) toimintamalleja muilta sote-alueilta ja kansainvälisiltä verrokeilta.

Tavoitetasot on otettava tehokkaimmasta toimintamallista, ei paikallisesta historiasta.

Marraskuun alkupuolella 2016 THL järjesti sairaaloiden vaikuttavuutta ja tuottavuutta käsittelevän seminaarin. Valtiovarainministeriön ylijohtajan esityksessä todettiin sote-menojen kasvavan voimakkaasti tulevina vuosina lähinnä väestön ikääntymisen ja tuotannon tekijöiden kallistumisen vuoksi. Näin varmasti käy, jos rakenteellisiin uudistuksiin ja toimintatapojen muuttamiseen ei pystytä. Meitä tutkijoina huolestaa se, että nämä VM:n ja STM:n mallit ottavat aina nykytilanteen annettuna ja lähtevät sen pohjalta haarukoimaan tulevaa kustannuskehitystä. Kun kehitys siinä valossa näyttää järkyttävältä, ollaan tyytyväisiä, jos tätä kehitystä pystytään edes jotenkin hidastamaan. Näyttääkin siltä, että maassamme vallitsee vahva usko siihen, että sote-menot väistämättä kasvavat. Jos tämä hyväksytään annettuna lähtökohtana, näin varmasti käy.

Me väitämme, että väestön ikääntymisestä ja kustannusten nousupaineista huolimatta sektorilla on mahdollisuus saavuttaa säästöjä, jos toimintaa johdetaan tehokkaasti. Hyvänä esimerkkinä tästä on kuntayhtymä Kaksi-neuvoisessa toteutetut uudistukset ikäihmisten palveluissa (ks. luku 4.4). Kun vuonna 2013 ikäihmisiä oli laitoshoidon piirissä 539, vuonna 2016 heitä oli enää 322. Neljänkymmenen prosentin lasku laitoshoidettavien määrässä näkyy suoraan säästöinä kiinteistö-, ateria- yms. kustannuksissa. Muutokset ovat tuoneet usean miljoonan todelliset säästöt kuntayhtymän kunnille ja vielä erittäin lyhyessä ajassa. Ja vastaavia esimerkkejä löytyy maastamme lukuisia – valitettavasti ne vain tuntuvat leviävän sote-kentässä heikosti.

Kaikki edellä mainittu viittaa suoraan siihen, että säästöjen hakeminen sektorilta on mahdollista ilman, että laadun tarvitsee kärsiä. Sote-alueiden parhaat vuodet kestävyysvajeen pienentämiseen ovat 2017–2025, jolloin suuret ikäluokat ovat aktiivisia senioreja. Uusi kasvu on väestöennusteiden mukaan tarpeen jo vuoden 2025 jälkeen. Nähdäksemme uudistuksen yhteydessä pitäisi rakenteen korjaamisella ja päällekkäisyyksien poistamisella saavuttaa etupainotteisesti 5 %:n säästö vuoteen 2020 mennessä. Ketään ei tarvitse sanoa irti, koska henkilökunnan vähennys tapahtuisi ensisijaisesti eläköitymisen avulla. Ja jotta asia tulisi varmasti ymmärretyksi, todettakoon vielä kertaalleen, että näkemyksemme mukaan nyt sotelle asetettu tavoite

kustannusten kasvun hillitsemiseksi ei riitä. Uudistuksen yhteydessä pitää pystyä puuttumaan toimintaan ja ryhtyä korjaamaan rakenteita ja toimintatapoja tehokkaimpien mallien mukaisiksi. Jos näin toimitaan, myös todellisia säästöjä on mahdollisuus saada aikaan.

Tällä hetkellä sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa palvelujärjestelmää lainsäädännöllisin keinoin. Päivystysasetus keskittää synnytyksiä. Se vaatii mm. psykiatrisen ja somaattisen päivystyksen yhdistymistä. Näillä päätöksillä on ollut merkittävä rakenteellinen vaikutus palvelujärjestelmään. Lainsäädännön lisäksi toimintaa tulisi uudessa sotessa ohjata tunnusluvuin, joihin kytketään myös toiminnan rahoitus. Tällä hetkellä valtakunnallisia ohjelukuja tai tavoitteita ei ole selvästi annettu. 70-luvulla oli tietoinen valtakunnan terveydenhuollon suunnittelu. Vielä 90-luvun alussa Lääkintöhallitus ja Sosiaalhallitus suunnittelivat palvelujärjestelmää ja järjestelmää ohjeistettiin erilaisilla tavoitteilla, joissa usein oli ohjaavia tunnuslukuja. Tämä toimintakulttuuri loppui 90-luvun alussa, jolloin kunnat ja kuntainliitot saivat poliittisella päätöksellä vastuun omasta kehittämistyöstään. Uskomme, että tämä on osaltaan vaikuttanut sote-sektorin kustannuskehitykseen. Sote-uudistuksen yhteydessä tunnuslukujen hyödyntäminen tulee taas ottaa käyttöön. Tässä raportissa pyrimme hahmottelemaan, miten sote-alueiden johtamista tukevat tunnusluvut tulisi määrittää ja tuottaa.

Tämän raportin tavoitteena on antaa eväitä maakunnallisen sote-alueen johtamiseen. Lähdemme tässä raportissa siitä, että sote-alueita tulee Suomeen 18. Toimintaa alueilla tulee kyetä johtamaan ja ohjaamaan niin, että se on laadukasta ja kustannuksiltaan kansantalouden kantokykyä vastaavaa. Tämä tarkoittaa sitä, että alueille sekä niillä toimiville palveluja tuottaville yksiköille asetetaan kustannusten yläraja ja selkeitä numeerisia tavoitteita, joiden avulla alueiden ja yksiköiden suoriutumista voidaan arvioida ja verrata. Jatkossa vain tehokkailla toimijoilla tulisi olla oikeus jatkaa palvelujen tuottamista. Käsite tehokkuus pitää tässä sisällään myös toiminnan laadun.

Kunkin maakunnan sisällä sekä sairaalan että lähihoitojärjestelmän ansainnan täytyy olla riippuvainen siitä, mitä palveluja he tuottavat ja miten he tästä tehtävästä suoriutuvat. Ylituotannosta ei tule maksaa. Nykyisin ei saisi olla mahdollista rakentaa virkapohjaista veronmaksuun perustuvaa budjettiperusteista järjestelmää, jossa suoritteiden määrät työntekijää kohti

vaihtelevat huomattavasti. Jos kattohinnoittelujärjestelmä tulee, täytyy tuottajan, omistustaustasta riippumatta, toimia suunnilleen samanlaisella kustannustasolla. Keinoja tässä on kaksi: joko rahoittaja eli maakunta järjestäjän ominaisuudessa (vrt. vakuutusjärjestelmä) hyväksyy ja kontrolloi hinnoittelua tai asiakkaaksi kirjautuneet henkilöt (kapitaatiojärjestelmä) tuovat tietyn vuotuisen perusrahoituksen, joka muodostaa kustannuskaton. Kapitaatiomallissa on pidettävä huoli siitä, ettei ongelmia siirretä tarpeettomasti järjestelmien välillä. Ruotsin sairaaloiden tukehtuminen on varoittava esimerkki.

Sote-uudistuksen onnistumisen edellytyksenä on, että laskentatoimi saatetaan kuntoon. Taloushallinnon asema nousee keskeiseksi. Tällä hetkellä sairaalan tai terveyskeskuksen tai sosiaalitoimen palvelun yksikön johdolla ei ole aina selvää käsitystä siitä, miten paljon eri toiminnat maksavat. Tämä kysymys on vaikea sosiaalipuolella, joka lähtökohtaisesti katsoo tekevänsä eettistä työtä, jota ei voida rahassa mitata. Kuitenkin kyse on vastaavanlaisesta asiakastapaamisesta ja päätöksenteosta kuin terveydenhuollossa, jossa palvelujen seuranta mittareilla ja palvelupakettien hinnoittelumekanismi ovat olleet pitkään käytössä.

## **1.2 Kerätyt tiedot on jalostettava hyötykäyttöön**

Toiminnan vaikuttavuuden mittaaminen on sosiaali- ja terveydenhuollossa vaikeaa. Syynä ovat mm. palvelujen tuottaminen hajautetusti pienillä väestöpohjilla, josta seuraa tilastollista hajontaa, lääketieteellisten käytäntöjen jatkuva kehittyminen, paikalliset hoitokäytännöt, ajalliset viiveet toimenpiteiden ja vaikutusten välillä sekä monet sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset vaikuttavat tekijät. Seurauksena on, että toiminnan tuloksellisuutta kuvaavaa tietoa on vaikeasti saatavissa. Sen sijaan resurssien kulutusta, prosessin toimivuutta ja tehokkuutta sekä toiminnan tuotoksia voidaan mitata, ja näistä on tietoa, joskin se on osin puutteellista ja vaikeasti saatavaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön aikaisemmin ylläpitämä kertomustiedosto (KETI) sisälsi tiedot henkilökunnasta, leikkausten, laboratoriotutkimusten ja röntgentutkimusten käytöstä yksiköittäin, erikoisaloittain, poliklinikakäynnit jaettuna ensikäynteihin ja uusintakäynteihin ja niin edespäin.

Näihin perustui 90-luvulle asti käytössä olleet Kuntaliiton sairaalatilasto ja terveyskeskustilasto, jotka kattoivat hyvin kunnallisen terveydenhuollon perustuotannon tietotarpeet. Tiedostot olivat käytössä ja tarjosivat johtamiselle riittävän tietopohjan. Tällä hetkellä vastaavia tietoja ei ole saatavissa, ja tilanne on tältä osin huonontunut. Sosiaalityön puolella tilanne ei ole koskaan ollut edes osin kunnossa. Sosiaalityössä tietojärjestelmien luomiseen, ylläpitoon ja käytettävyyteen ei ole panostettu riittävästi.

Yhteiset tunnusluvut tulivat uudelleen ajankohtaisiksi 2010-luvun alussa. Sairaanhoidopiirien johtajat ry yhdessä Kuntaliiton kanssa tuotti vuonna 2010 raportin ”Sairaanhoidopiirien johtamisessa tarvittavat keskeiset tiedot”. Raportti on alan ensimmäinen johtamisen tunnuslukujen tarkastelu. Raportissa on ansiokkaasti käsitelty tietotuotannon periaatteet ja valittu yhteensä noin 170 tunnuslukua, joita tarvitaan johtamisessa.

Terveydenhuollon tunnuslukujen tiedonkeruujärjestelmä todettiin tavattoman hajanaiseksi. Tarvittavia tietoja on tuottanut 26 eri organisaatiota, päätuottajina Tilastokeskus, THL, Kela ja Kuntaliitto. Ryhmä ”Yksityiset” sisältää 15 alituottajaa. Seuraavassa on eräitä huomioita.

Tietoa tuottavien viranomaisten kesken ei ole yhtenäistä otetta. Käyttäjä joutuu keräämään tiedot eri lähteistä. Käyttäjäportaalit ovat erilaatuisia ja usein huonosti suunniteltuja. Lukuja ei ole ryhmitetty kokonaisuuksiksi. Ne sisältävät yksittäistä informaatiota, jota on vaikea hyödyntää johtamisessa.

THL:n SOTKANet-tilastoissa on saatavissa kymmeniä tuhansia eri tunnuslukuja. Vaikka lukuja on liikaa, kuitenkin kustannustietoa ja toimintatietoa ei ole saatavissa. Kustannusvertailuja suoritetaan erilaisten tuottavuuskorien avulla. Tämä vertailu ei kuitenkaan paljasta kustannuserojen syytä. Tulos ilmoittaa vain, että kustannuseroja on olemassa.

Työntekijätietoja ei kerätä yksikkökohtaisesti, vaan ne kerätään alueellisista verotus- ym. tiedoista. Näin saadaan alueella olevien työntekijöiden määrä, joka ei ole kohdennettu tuottajaorganisaatioihin. Selvää tilastoa ei ole siitä, millaista henkilökuntaa on terveyskeskusten, sairaaloiden tai laitosten palveluksessa. SOTKANetissä on palveluntuottajien henkilökuntatietoja. Tätä kirjoitettaessa viimeisimmät sosiaalipalvelujen henkilöstötiedot ovat vuodelta 2007. Terveyspalvelujen henkilöstötietoja löytyy joiltakin osin vuodelle 2012 asti. Tiedot ovat siis joko vanhentuneita tai puutteellisia.

THL:n keräämien nykyisten tietojen käyttökelpoisuus on rajallista, koska johtamisessa tarvitaan konkreettista tietoa – suoritteita, kustannuksia ja työvoiman käyttöä koskevaa tietoa ei kerätä. Rekisterit tuottavat tuloksia, jotka ovat väestön ikärakenteeseen suhteutettuna vakioituja, erilaisia indeksejä sekä muuta tautien hoidon kannalta välttämätöntä ja tärkeää vertailutietoa. Indeksit eivät kuitenkaan auta sairaanhoitopiirin johtoa tarvittavan vertailutiedon poikkeavuuden syiden etsimisessä päätöksentekoa varten.

THL:n tuottavuustilastointi sisältää sekä kustannustietoa että potilas-tietoa eritasoisten sairaaloiden toiminnasta. Vertailu keskittyy sairaalayksiköihin. Sairaaloilla on alueellista työnjakoa: esimerkiksi keskussairaala tekee raskaita leikkauksia, aluesairaala tekee päiväkirurgiaa. Vaikka diagnoosit ovat samat, on potilasaineisto erilainen. Nämä ja muut tekijät vaikuttavat nykyiseen tuottavuusvertailuun. Tarkastelunäkökulman pitää siis olla alueellinen, jossa huomioidaan kaikkien palvelutuottajien yhteisvaikutus.

Edellisten lisäksi seuraavat yleiset huomiot on syytä nostaa esille:

- HILMO-rekisteristä saadaan tiedot diagnooseista, hoitajaksoista, leikkaustoimenpiteistä, poliklinikkakäynneistä erikoisaloittain, alueittain ja tarvittaessa tuottajayksiköittäin. Tunnuslukuprojekti on käyttänyt pääasiassa HILMO-rekisterin tietoa.
- Tietojen keräys on puutteellista. Sairaaloiden hoitotiedot kerätään tarkasti, mutta perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen tiedostot ovat puutteellisia.
- Erilaiset tautikohtaiset ja tuottavuutta mittaavat rekisterit ovat keskeisen huomion kohteena, mutta niistä ei rakenneta alueellisia kokonaisuuksia. Kun alueilla on erilainen palveluverkko, ei yksikön toimintaa voi verrata yksinään vaan palveluverkon osana. Nämä korkealaatuiset ”siilorekisterit” palvelevat tutkijoiden intressiä kiitettävästi (THL julkaisee tuloksiaan arvostetuissa kansainvälisissä julkaisuissa), mutta eivät ratkaise sote-palveluiden johtamisen tietotarvetta. Kuten SOTKA-tietokannasta voidaan havaita, sarakkeet ovat turhan usein tyhjiä. Asiakkaiden käyttöliittymät ovat olleet kohtuullisen hyviä mutta vaihtuvat turhan usein. 2010-luvulla oli



käytettävissä hoitoilmoitustiedosto COGNOS-kuutiot, joista oli saatavissa erikoissairaanhoidon tiedot siten kuin ne hoitoilmoituksiin tehtiin. Nämäkin poistuivat käytöstä.

- Rekisterien seurannassa keskeistä on raportointi ja sen vaikutukset. Tällä hetkellä vaikuttaa siltä, että rekistereistä ei tule täyttä hyötyä, koska niistä ei tehdä vuotuisia tai 2–3-vuotuisia analyysseja, pitkäaikaisanalyysseja eikä havaintoja raportoida riittävästi.

THL:n asemaa pohdittaessa on olemassa ristiriita tutkimustoiminnan ja palvelutoiminnan kesken. Tilastopalvelut sote-alueen kannalta ovat luonteeltaan sellaisia, että jonkin asian selvittämiseen tarvitaan nykyisin jokin erityinen tieto. Yleensä se edellyttää noin 1–2 tunnin poimintaa rekisteristä. Tämä palvelutehtävä on yhdistetty osaksi THL:n omaa laajaa tutkimustyötä. Tällä työllä on tietty työntekijämäärä, ja nämä työntekijät siirtävät asioita ja tietopyyntöjä jonoon. Nyt sote-alueen yksittäinen palvelutehtävä joutuu samaan tuotantojärjestelmään, jossa on pitkiä, raskaita selvittelytyöitä. Seurauksena on, että yksinkertaiselle tiedolle annetaan viikkojen toimitusaika. Tämä ei luonnollisestikaan sovellu tilanteeseen, jossa sote-alueiden tarve on toisista aikatauluista johtuen suhteellisen nopea. Näin ollen olisi tarkoituksenmukaista, että THL:n palvelufunktio sote-alueille määrittäisiin ensisijaiseksi. Kun tämä palvelutarve on satunnaista ja suhteellisen lyhyttä, jää laitoksen omalle tutkimustyölle edelleen pääosa toimintatyökapasiteetista. Järjestelyllä on kuitenkin se etu, että ulkopuoliset käyttäjät saavat tarvitsemansa palvelun ajoissa.

### **1.3 Tunnuslukuprojektin käyttämät mittarit**

Tunnuslukuprojektin raporteissamme olemme tarkastelleet väestön ominaisuuksia sairaanhoitopiireittäin ja maakunnittain: resurssien käyttöä väestöön suhteutettuna, erikoisalojen palvelutuotantoa ja tilojen käyttöä sekä vanhushuollon ominaisuuksia.

Eri tarkoituksiin on käytetty erilaisia tunnuslukuja. Yhteistä tarkastelulle on alueen ja sen väestön ottaminen kohteeksi, johon toiminta suhteutetaan. Seuraavassa käytetyt tunnusluvut on kerätty viiteen näkökulmaan: 1. väestön

terveydentila, 2. alueen käyttämät kokonaisresurssit, 3. erikoissairaanhoidon kulutus alueella, 4. vanhusten huolto ja 5. terveydenhuollon suunnittelussa tarvittavat yksikkökohtaiset tarkastelut.

## Taulukko 1.

Väestön terveydentilan kuvaaminen.

VÄESTÖ	VERTAILU	ALUE
Elinajanodote	Verrattu myös henkilökunnan määrään	Maakunta/OECD
Väestöennusteet 2040	Yli 75-v. lkm. ja kehitys	SHP, kunnat, OECD
Väestöllinen huoltosuhde	Veronmaksukyky	SHP
Kuolleet	/ ikäryhmän asukas	SHP
Kuolinsyyt	Kuolemien kehitys	SHP, koko maa
Kuolleiden osuus väestöstä	Kuolemien kehitys	SHP, koko maa

Eliniänodotetarkastelu toi esille Pohjois-Karjala-projektin myöhäisvaikutuksen yli 80-vuotiaiden miesten eliniän odotteen kehityksessä ja kiinnitti huomion Kajaanista Kotkaan ulottuvaan vyöhykkeeseen, jossa alkoholisairauksien aiheuttamat nuorten miesten kuolemat ovat poikkeuksellisen yleisiä.

Resurssien osalta käytettiin väestöön suhteutettuja tunnuslukuja. Luvuissa pysyttiin hyvin karkealla tasolla. Näilläkin tasoilla oli merkittäviä eroja.

## Taulukko 2.

Alueen terveyspalvelujen kokonaisresurssien kuvaaminen.

RESURSSIT	SUURE	ALUE	HUOMAUTUS
Henkilökunta, palveluittain	/as.,/ss	Shp, maakunta, OECD	Sairastavuusindeksi ryhmittäin
Lääkärit, erikoisaloittain	as./lääkärit, /toimenpide	Shp	Leikkaukset/lääkäri
Kustannukset	/as., /henkilökunta, /htv	Shp, kunnat	Shp:n kust. tilinpäätöksistä
Palveluntuottajat	lkm./as.	Shp	

Ison ja pienen väestöpohjan ero nähdään erikoislääkärimäärissä väestöön suhteutettuna. Muut palveluntuottajat on ryhmä, johon kuuluu merkittävä määrä erilaisia vanhushuolteen tuottajia.

Erikoissairaanhoidon vertailu tehtiin tarkastelemalla ensin perussuureita. Aineiston perusteella tehtiin ennusteet palvelutarpeen kehityksestä.

### Taulukko 3.

Erikoissairaanhoidon kuvaaminen.

ERIKOISSAIRAANHOITO	SUURE	ALUE	HUOMAUTUS
Hoitopäivät (HP), hoitajaksot (HJ), hoitoaika (HA), AVO-käynnit, erikoisaloittain	Ikäryhmittäin, /as.	Shp (kunnat)	Vertailu: sairastavuusindeksi ja tarvekerroin, alueittain
Leikkaukset erikoisaloittain	/as.	OECD	
Sairaansijat	/as.	Shp, OECD	
Toimenpiteet	/as.	Shp	
DRG	/hlöstö, /kust.	Shp	
PERUSTERVEYDENHUOLTO			
Lääkärikäynnit palveluittain	Ikäryhmittäin, /as.	Shp	Ennusteet 2040

Kuten tekemistämme sote-raporteista näkyy, ovat alueet näin mitattuna hyvin erilaiset.

### Taulukko 4.

Alueen vanhushuolteen kuvaaminen.

VANHUSTEN LAITOSHOITO, ERITYISESTI DEMENTIA JA ITSESTÄ HUOLEHTIMISEN VAIKEUDET	SUURE	ALUE	HUOMAUTUS
Hoitopäivät (HP), hoitajaksot (HJ), hoitoaika (HA)	Tulosityttäin, kesto, ikäryhmittäin/as.	Shp	Keski-ikä
Dementia	Dementian laitos-% ja dementian insidenssi, ikäryhmittäin/as.	Shp	
Kuolemaan päätyneet jaksot	Laitoksittain vertailu osuuksista	Shp	

Vanhushuollossa oli noin 30–50 %:n tasoeroja kunnittain vertailtaessa.

Osallistuvilta piireiltä pyydettiin vielä erikseen tiedot määräytyistä erikoisaloista. Tilankäyttöä tarkasteltiin pinta-alojen avulla ja suoritteet ja pinta-alat suhteutettiin väestöön ja henkilökuntaan. Tiedot lähetettiin projektiin osallistuville sairaanhoitopiireille. Yhteenvetona todettakoon, että kustannustasoissa oli merkittäviä eroja. Tuloksiin vaikutti erilainen kustannuslaskenta, joka yleiskustannusten vyörytysten osalta vaihteli. Tämä ei kuitenkaan riitä selittämään kaksinkertaisia kustannustasoeroja.

## Taulukko 5.

Terveydenhuollon suunnittelussa tarvittavat yksikkökohtaisen toiminnan ja tilojen vertailu.

SUORITTEET ERIKOISALAKOHTAISISSA YKSIKÖISSÄ	VÄESTÖ	HENKILÖKUNTA	TILAT	TILA / HENKILÖKUNTA
Päivystyskäynnit	/as.	/hlöstö	/m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> /hlöstö
Leikkaukset	/as.	/hlöstö	/m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> /hlöstö
Kuvantaminen, toimenpiteet	/as.	/hlöstö	/m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> /hlöstö
Avohoitokäynnit	/as.	/hlöstö	/m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> /hlöstö
Vuodeosasto, kuormitus viikonpäivittäin	/ss, /as.	/hlöstö	m <sup>2</sup> /ss	m <sup>2</sup> /hlöstö
Laboratorio	/as.	Tutkimukset/ hlöstö	Tutkimukset/as.	Tutkimuksen keskihinta
Röntgen	/as.	Tutkimukset/ hlöstö	Tutkimukset/as.	Tutkimuksen keskihinta

Yhteenvetona voidaan todeta, että mittaristo on kuvannut riittävän hyvin väestön saamien palvelujen vaihtelua. Tunnusluvut eivät kuitenkaan muodosta suljettua kokonaisuutta. Toimintaa on aina katsottava useista näkökulmista. Kun lukuja käytetään toiminnan vertaamiseen, tarvitaan yhteisesti sovitut käsitteet.

## **2 Havainnot kansainvälisistä toiminnanohjaus- ja tunnuslukujärjestelmistä**

### **2.1 Terveystieteiden tunnuslukuja on runsaasti**

Kun Googlen hakukenttään kirjoittaa ”key indicators for health care”, saa vastaukseksi 12 miljoonaa hakutulosta. Kun näitä indikaattoreita tarkastelee, ne mittaavat tavallisesti yksittäisten sairaaloiden yksiköiden ominaisuuksia ja joidenkin avaintautien hoitoa. Potilaiden odotusajat, kapasiteetin käyttöasteet ja läpimenoajat ovat suosittuja mittauskohteita. Näihin tekijöihin ei vielä kiinnitetä maassamme riittävästi huomiota.

Indikaattoreille on tyypillistä, että niistä pyritään rakentamaan ketju hoidon alusta hoidon loppuun siten, että viimeisenä on hoitotulos (outcome). Esimerkiksi useissa raporteissa on laadun indikaattorina sairaanhoitojakson jälkeiset erikoissairaanhoidon uusintakäynnit tai uusintasisäännot. Konkreettisia esimerkkejä, joissa olisi numeroita, on vähän. Eli näiden indikaattorien tavoitteellisista tasoista erityyppisissä olosuhteissa ei löydy juurikaan tietoa.

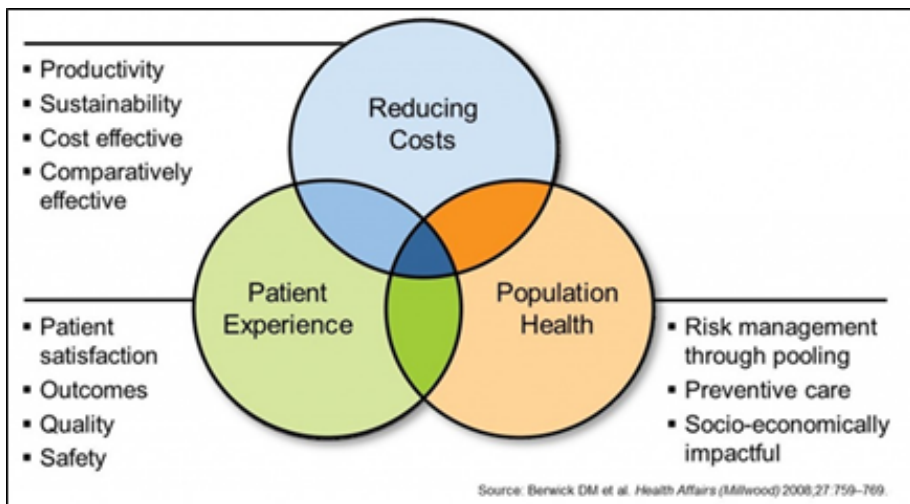
Kun vertaillaan indikaattoreiden arvoja eri alueiden ja maiden välillä, vertailu ei ole ongelmattoma. On esimerkiksi muistettava, että vakuutus-pohjaisista järjestelmistä puuttuu alueen väestöön suhteutetut tiedot. Alueella asuu aina vakuuttamattomia väestöä tai toisissa vakuutusyhtiöissä itsensä vakuuttaneita henkilöitä. Esimerkiksi Kaiser Permanentin erinomaiset luvut

perustuvat 8–10 miljoonaan vakuutettuun henkilöön, mutta niistä puuttuu alueella asuvat heikompiosaiset. Kun USA:ssa vakuutusyhtiöillä ei ole velvollisuutta ottaa kaikkia halukkaita henkilöitä palvelujensa piiriin, on näiden vertailulukujen tulkinta vaikeaa.

Institute for Health Care Improvement (IHI) on Cambridgessa, Massachusettsissa sijaitseva riippumaton kansainvälinen terveydenhuollon laatua kehittävä organisaatio. Sen tavoitteena on optimoida terveystalouden järjestelmiä. Tätä varten on kehitetty kolmen näkökulman menetelmä:

1. potilaskokemuksen parantaminen (sisältäen laadun ja tyytyväisyyden)
2. väestön terveydentilan parantaminen
3. asukaskohtaisten kustannuksien vähentäminen.

Kuvassa 1 on esitetty joukko tarkastelualueita, joiden parantamisella päästään parempaan tulokseen. Toimenpiteiden vaikutusta seurataan ja tuloksia verrataan kolmeen päämäärään.



Kuva 1. IHI:n kolmen kohdan ohjelman keskeiset näkökulmat.

Järjestelmän indikaattorien rakenne kuvaa, kuinka yleiset vaatimukset johdavat yksityiskohtien selvittämiseen. Verkkosivuilla keskustellaan sopivista indikaattoreista, niiden saatavuudesta ja läpinäkyvyydestä.

Nämä ”kolme päämäärää” ovat vaikuttaneet erityisesti National Health Servicen (NHS) uudistamiskeskusteluun. Näitä päämääriä ja menetelmiä voidaan hyödyntää myös sote-alueen tavoitteita ja suorituksen mittaamista mietittäessä. Suunnitteluote on laajempi ja yleisempi kuin se, mihin Suomessa on totuttu.

Tunnuslukujen lukuisuus on johtanut siihen, että kehittämisen pelisääntöistä on tehty ehdotus. USAID, Health Finance and Governance project, kehitti ohjeiston terveydenhuollon johtamisen tunnuslukujen määrittämiseksi (Developing key performance indicators – a toolkit for health sector managers, December 2013). Ehdotuksen mukaan ensin tulisi määritellä strategia ja strategiset mittarit. Toisin sanoen ensin tulisi määritellä väestön tarpeet ja/tai ongelmat, jotka tulee ratkaista. Sen jälkeen määritetään keinot ja lopuksi tahtotila, jossa halutaan olla strategiakauden päättyessä. Vaiheet kaksi ja kolme voi suorittaa myös toisessa järjestyksessä, eli ensin määritetään, mihin pyritään, ja sitten valitaan keinot, joilla sinne päästään. Mittareilla voidaan kuvata niin tahtotilaa kuin keinojakin sekä luonnollisesti sitä, poistuuko mahdollinen ongelma.

Strategiselta tasolta mittarit tulisi viedä toiminnoille tai erilaisille toimintaohjelmille ja hankkeille. Toiminnan tasolla kussakin tarkasteltavassa tilanteessa katsotaan seuraavan taulukon näkökulmia.

## Taulukko 6.

USAID:n esimerkkejä sairaalan ja päivystyksen tunnusluvuista.

INPUT (RESURSSIT / PANOS)	PROSESSI	SUORITE	TUOTOS	VAIKUTUS	TEHOKKUUS
Erikoissairaala	Sairaansijojen määrä	Sisäänotettujen ja uloskirjoitettujen potilaiden määrä	Virheellisen hoidon vuoksi kuolleiden määrä	"Osastopotilaiden kuolleisuus"	Vuodeosaston kuormitus-%
Päivystys	Päivystävien sairaaloiden määrä	Päivystyskäynnejä 1 000 asukasta kohti	Sisäänottoja päivystyskäynneistä, %	Päivystysyksikön potilaiden kuolleisuus-%	% päivystyskäynneistä, jotka lääkäri otti vastaan alle 15 minuutissa

Lukijan kannattaa kiinnittää huomio päivystyksen indikaattoreiden tavoitearvoihin. Lääkärin luokse pääseminen 15 minuutissa on usein kansainvälinen päivystyksen kriteeri, mutta Suomessa ei vielä seurata yleisesti tuotantoa vastaavalla tavalla. Kuten lehdistössä mainitaan, tuntien odotusaika päivystykseen on tavallinen.

## **2.2 Kansainväliset mittarit: Suomella hyvä laatu – resurssien käytössä parannettavaa**

### **2.2.1 Euro Health Consumer Index**

Euroopan Consumer Powerhousen tuottama Euro Health Consumer Index 2015 on arvioinut 38 Euroopan maan terveystalvvelujärjestelmiä. Arvioinnissa on käytetty kuuteen osa-alueeseen ryhmiteltyä 48 eri indikaattoria, joista yhteenlaskettuna tulee 1000 pistettä. Näkökulmat ovat:

1. potilaan oikeudet ja informaatioympäristö
2. saatavuus (jonotusajat)
3. hoitotulokset
4. tarjottujen palveluiden kattavuus ja peitto
5. ennaltaehkäisy
6. lääkkeet.

Raportissamme ”Miten Sote-uudistus toteutetaan?” käsitelimme jo Suomen sijoitusta, joka oli neljäs. Tässä yhteydessä kannattaa kiinnittää huomioita lähestymistapaan ja indikaattoreiden valintaan. Tiettyä asiaryhmää lähestytään eri näkökulmista.

Esimerkkinä siitä, millaisia tunnuslukuja arvioinnissa käytetään, tarkastellaan kohtaa kaksi, saatavuus. Siinä näkökulmat ovat seuraavat: pääsy yleislääkärille samana päivänä, mahdollisuus mennä suoraan erikoislääkärille, suuret suunnitellut leikkaukset 90 vrk:n sisällä, syövän hoito alkaa 21 vrk:n sisällä, CT-kuvaus 7 vrk:n sisällä ja odotusaika päivystyksessä parhaalla tasolla alle 1 tunti.

Mielenkiintoinen indikaattori on yleislääkärille pääsy (ajanvarauksella tai ilman). Sen asteikko on seuraava: pääsy toteutuu samana päivänä aina



3 pistettä, toteutuu osittain 2, ei toteudu normaalisti 1 piste. Tavoitteeseen aina samana päivänä pääsi 12 maata ja osittain 8 maata. Suomi sijoittuu tässä yksityiskohdassa loppupäähän sijalle 29 saaden yhden pisteen.

Kärkeen sijoittuvat suhteellisen pienet maat. Niissä on joko vakuutus-pohjaiset (Bismarck) järjestelmät, joissa rahoittaja ei puutu tuotantoon, tai pohjoismaiset verotukseen perustuvat (Beveridge) eri tavoin julkisesti hallinnoitavat tuotantojärjestelmät. Rahoitusjärjestelmällä ei siis näyttäisi olevan ratkaisevaa vaikutusta järjestelmän tehokkuuteen tai laadukkuuteen.

Ongelmina nähdään vakuutusjärjestelmissä väkirikkaissa maissa liian isot, yli 100 000 työntekijän organisaatiot, jotka ovat vaikeasti hallinnoitavia, kuten Englannin NHS-esimerkki osoittaa. Ne vaativat vastaavankokoisten liikeyritysten hallintomenettelyjä ja osaamista.

Tammikuussa 2017 ilmestyi vuoden 2016 Euro Health Consumer Index. Maitten välinen kärkikolmikko oli sama: Alankomaat 927 pistettä, Sveitsi 904 ja Norja 865. Seuraavina ovat Belgia 860, Islanti 654, Luxemburg 851 ja Saksa 849 pisteellä. Suomen sijoitus on edelleen erittäin hyvä, vaikka olemme pudonneet vuoden 2015 sijalta 4 sijalle 8, pisteitä yhteensä 842.

Suomelle tuli alin arvosanan ”ei-niin-hyvä” kolmesta kohdasta: potilas ei saa toisen lääkärin mielipidettä, perustason lääkäreille ei pääse samana päivänä ja koululaisten liikuntatuntien määrä on vähäinen. Tämä aiheutti pykälän pudotuksen. Olimme parantaneet MRSA-infektion kontrollin luokituksen tasolle hyvä, mutta pudonneet pykälän hyvältä tasolta tyydyttävälle kaihileikkausten määrässä, verenpaineen tasossa ja statiinien käytössä.

Mukana on myös maiden välinen trendi vuosien 2006–2016 sijoituksista. Tässä kärkimaat ja selviytyjät ovat olleet Alankomaat, Sveitsi, Norja, Islanti, Tanska, Belgia ja Suomi. Jos Suomen viime vuosien lievästi laskeva kehitys ei muutu, lähestymme keskikastia vuonna 2020.

Loppuarviointi toteaa Suomen vakiinnuttaneen paikkansa Euroopan ”terveys-campionien” joukossa hyvillä tuloksilla ja kohtuullisilla kustannuksilla. Suomi on johtaja terveydenhuollon hinta-laatusuhteessa. Muka-vuusterveydenhuolto, kuten kaihileikkaukset ja hampaidenhoito, rajoittuu asiakkaan suuren maksuosuuden vuoksi. Tämä selittyy virkamiesten ja poliittisten päättäjien muita maita pienemmällä herkkyydellä terveys-konsumerismiin. Tässäkin kehityksen suunta on oikea. Terveydenhuollon

tuloksia ja laatua mittaavassa indikaattoriryhmässä Suomi on kärkimaiden joukossa yhdessä Alankomaiden, Islannin, Norjan, Saksan ja Sveitsin kanssa, kaikilla 288 pistettä. Tästä voimme olla hyvin tyytyväisiä.

### **2.2.2 Euro Heart Index 2016**

European Health Consumer Powerhouse julkaisi joulukuussa 2016 raportin sydän- ja verisuonisairauksien hoidon tilanteesta 30:ssä Euroopan maassa. Maat on ryhmitelty 31 indikaattorin avulla järjestykseen. Indikaattoreista ehkäisyä käsitteli 10, hoitoa 11, hoitoon pääsyä 4 ja hoidon tuloksia 4. Maksimipistemäärä oli 1 000.

Kärkimaat ryhmittivät luontevasti kahteen 7 maan ryhmään, jossa kärkikategoriaan kuuluvat maat Ranska, Norja, Ruotsi, Luxemburg, Slovakia, Alankomaat ja Belgia sijoittuvat välille 808–864 pistettä. Seuraavaan ryhmään ”hyvä sydäntautien hoito” kuului 7 maata, pisteitä 739–767. Suomen pisteet olivat 755 ja sijoitus 11.

Suomi sai ehkäisystä 200 pistettä 300 mahdollisesta eli 66 %, hoidosta 182/250 eli 73 %, hoitoon pääsystä 144/200 eli 72 % ja hoidon tuloksista 229/250 vastaten 91 % maksimipisteistä. Ehkäisyn osa-alueella alimmat pisteet tulivat koululaisten vähäisestä liikunnasta, vihannesten ja tuore-mehujen vähäisestä kulutuksesta, sokerin korkeasta kulutuksesta ja verenpaineen seurantaohjelman puutteesta tilanteessa, jossa perheessä on korkea verenpainetta sairastava jäsen.

Hoidon tuloksien osa-alueella kärjessä olivat Slovenia ja Ruotsi 250 pisteellä. Seuraavaan ryhmään kuuluivat Belgia, Norja, Ranska, Suomi ja Tanska, kaikilla 229 pistettä.

Tuloksia voitaneen tulkita siten, että korkeatasoinen hoito pystyy osittain kompensoimaan ennalta ehkäisevässä työssä havaitut puutteet ja että parantamisen mahdollisuuksia on vielä olemassa.

### **2.2.3 OECD Health at Glance**

Euro Health Consumer Indexin lisäksi kansainvälisiä vertailuja varten on olemassa useita tiedostoja, kuten EuroStatt ja sen terveystiedot, OECD

Health Statistics ja WHO Euron tiedostot. Näistä tehdyt yhteenvedot ovat hyödyllisiä ja käytettyjä lähteitä, ja niistä tunnetuin lienee OECD:n Health Dataan perustuva ”Health at glance”.

OECD:n yhteenvetoraportti on vuosien kehityksen tuloksena parantunut erinomaiseksi terveydenhuollon vertailudokumentiksi. Raportti on erittäin hyvin jäsenetty, ja se tuo esiin kaikki ne näkökulmat, joita sote-alueen mitoituksessa tulisi tarkastella. Näkökulmia tarkastellaan lähemmin luvussa 4.2.

Yleisenä havaintona on, että Suomi sijoittuu OECD:n tilastoissa lähelle keskiarvoa. Suomen osalta avainlöydökset ovat seuraavat:

- Hoidon laatu on Suomessa yleisesti erittäin hyvä, kuten sairaalahoidon jälkeiset korkeat eloonjäämisluvut sydänkohtauksen tai aivohalvauksen jälkeen osoittavat. Sama pätee myös syöpädiagnoosien hoitotuloksiin erityisesti rintasyövän sekä kohdunkaulan ja peräsuolen syövän osalta.
- Suomen korkea perushoidon suorituskyky näkyy siinä, että kroonisista sairauksista hengitysvaikeuksien ja diabeteksen sairaalahoitajaksot ovat vähäisiä.
- Vaikka odotusajat joihinkin suunniteltuihin leikkauksiin ovat vielä melko pitkät, huomattavaa edistystä on kuitenkin saavutettu esimerkiksi kaihileikkausten kohdalla.

Kun Suomea verrataan muihin OECD-maihin, odotusajat ja tyydyttämätön hoidon tarve ovat edelleen ongelmia. Toisin sanoen, vaikka hoidon laatu on yleisesti ottaen erittäin hyvä, on varaa parantaa hoitoon pääsyä. Hoitoon pääsyn osalta raportti Health at Glance 2016 tarjoaa hyvän mahdollisuuden tehdä muutamia mielenkiintoisia havaintoja.

Vastaanottavien lääkärien määrä 1 000 asukasta kohti vaihtelee. Ruotsissa heitä oli 4,1 tuhatta asukasta kohti eli neljänneksi eniten. EU:n keskiarvo oli 3,5. Suomessa heitä oli 3,1 ja sijoitus 20/28. Suomessa oli lääkäriissäkäyntejä asukasta kohti vuodessa 4,5, kun EU:ssa keskimäärin oli 7,3. Meitä vähemmän oli vain Portugalissa 4,1 ja Ruotsissa 2,9. EU:ssa keskimäärin vastaanottokäyntejä lääkäriä kohti oli vuodessa 2 145, Suomessa 1 392, Itä-vallassa 1 347, Tanskassa 2 159 ja Ruotsissa 704.

Suomessa lääkimäärä on 88 % EU:n keskitasosta, käyntimäärä asukasta kohti vastaavasti 61 % ja käyntimäärä lääkäriä kohti 64 %. Ruotsin vastaavat luvut ovat lääkärien määrässä 117 %, 40 % ja käynneissä lääkäriä kohti 33 %. Näissä luvuissa heijastuu Suomen ja Ruotsin käytäntö, jossa lääkäri on julkisella sektorilla kiinteäpalkkainen virkamies ja useimmissa muissa maissa suoritepohjaisesti palkattu tai perustasolla itsenäinen yrittäjä. Voidaan myös pohtia, mikä vaikutus jonoihin perustasolla olisi sillä, että vastaanottokäyntien määrä lääkäriä kohti saataisiin lähemmäs EU:n keskitasoa.

Kun tarkastellaan sairaanhoitajien määrää, on Tanskassa eniten sairaanhoitajia tuhatta asukasta kohti eli 16,5. Suomi on toisena, 14,1, ja EU:n keskiarvo on 8,4. Tanskan osalta keskiarvo ylittyy 194 % ja Suomen vastaavasti 167 %. Kun tarkastellaan sairaanhoitajien määrää lääkäriä kohti, on suhde Suomessa korkein 4,2 eli 168 % yli EU:n keskiarvon 2,5 hoitajaa lääkäriä kohti. Tässä voisi pohtia, onko lääkäreiden ja sairaanhoitajien suhde Suomessa optimaalinen tai esimerkiksi vaihtoehtoisesti, kohdentuuko sairaanhoitajien työpanos tällä hetkellä oikeisiin asioihin.

Vastaavia tuloksia antavat myös kuvantamistilastot. Toisin sanoen resursseja vaikuttaisi olevan EU:n mittakaavassa runsaasti, mutta niiden käyttö ei ole välttämättä optimaalisella tasolla. MRI-laitteita on maassamme 23,3 kpl miljoonaa asukasta kohti ja EU:n keskiarvo on 15,4. Laitetiheydessä me olemme neljäs kärjestä lukien, eli Suomen laitetiheys noin 50 % yli EU:n keskiarvon. Laitteiden käyttöaste puolestaan on EU:ssa 67 tutkimusta tuhatta asukasta kohti, ja meillä vastaava luku on 46,5 eli 30 % alempi.

Tilanne CT-laitteiden osalta on samanlainen, mikäli tilastot pitävät paikkansa. Kun verrataan laitteiden määrää Suomen ja EU:n kesken, molemmissa on 21,4 laitetta miljoonaa asukasta kohti. EU tekee laitteilla keskimäärin 118,1 tutkimusta miljoonaa asukasta kohti ja Suomi vain 31,9, joka on vain 27 % EU:n tasosta. Tämä luku on niin alhainen, ettei tilastointivirhettä voida sulkea pois.

Tämä resurssivertailu vahvistaa aikaisemmissa raporteissamme esittämääme käsitystä siitä, että työvoimaa ja laitteita on riittävästi ja jonot ovat rakenteellisia ja poistettavissa oleva ongelma.

## 2.3 NHS:n uusi palvelurakenne ja toteuttaminen

NHS:n kustannuskriisi on kasvanut. Vuoden 2016 oletettu tappio on noin 2,5 miljardia puntaa, jonka valtio lainaa sairaaloille. Sairaalat ovat periaatteessa velvollisia maksamaan sen takaisin. Tämä on pakottanut järjestelmän nopeasti arvioimaan toimintaansa uudelleen. Lukuisten selvitysten joukossa on marraskuussa 2015 julkaistu raportti ”Place-based system of care – A way forward for the NHS in England” (Chris Ham, Hugh Alderwick, Kings Fund 10/2015) (Paikkaan perustuva hoitojärjestelmä – Tie eteenpäin NHS:lle Englannissa). Raportti kuvaa NHS:n uudistusprosessia, joka vastaa Suomen sote-uudistusta. Tämä osaraportti päättyy tunnuslukujärjestelmän luomiseen.

Uudistuksen lähtökohtana on Englannissa todettu yhteiskunnallinen muutos. Me elämme systeemien vuosisataa. Tällä tarkoitetaan sitä, että yksittäiset yksilöt tai organisaatiot eivät voi enää ratkaista tämän päivän yhteiskunnan ongelmia. Näiden asemasta meidän on suunniteltava uusia tapoja, joiden mukaan yksilöt työskentelevät tiimeissä ja poikittain organisaatioissa kehittäen parhaita mahdollisia kollektiivisia taitoja ja osaamista. Lähtökohtana on, että tämä ajattelu muodostaa NHS:n tulevaisuuden sekä lyhyellä että pitkällä tähtäimellä.

Järjestelmän keskeinen tavoite on parantaa väestön terveyttä. Ohjelma karakterisoidaan iskulauseella ”linnoituksesta terveysjärjestelmään”. Suunniteltu uusi tiimirakenne muodostaa sosiaali- ja terveyspalvelujen alustan. Järjestelmä rakentuu tietyn alueen kaikkien organisaatioiden yhteistyöhön, jossa ei ole organisatorisia tai rahoituksen synnyttämiä rajoituksia. Tavoitteena on luoda kestävä palvelujärjestelmä, ja fokus on väestön terveyden ja hyvinvoinnin parantamisessa.

Organisaatiomalli perustuu vahvasti johtajuuteen (leadership) ja hajautettuun vastuuseen. Ohjelma perustuu Daltonin (2014) ajatukseen, jossa on kolme lähestymistapaa:

- Vastuulliset kliiniset verkot, jotka linkittävät yliopistosairaalat ja akuuttisairaalat yhteisiin palveluihin, kuten syövän hoitokeskukset jne.
- Akuuttisairaaloiden lääkärit tuottavat palveluja myös alueen pienemmissä yksiköissä.

- NHS:n säätiöt, joilla on korkeatasoisia sairaaloita, perustavat sairaalaketjuja.

Tähänastinen kehitys on siis lähtenyt organisaatioiden kehityksestä. Nyt uusi ote lähtee siitä, että samalla alueella olevat organisaatiot yhdistyvät ja tekevät aluetasolla yhteistyötä. Uuden organisaation luomiseksi annetaan seuraavat kymmenen ohjetta:

1. Määritetään palvelusysteemin väestö ja sen rajat.
2. Identifioidaan mukaan kytkettävät partnerit ja palvelut.
3. Tehdään visio ja määritellään tavoitteet, jotka sovitetaan paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin sekä väestön odotuksiin.
4. Palvelusysteemille kehitetään tarkoituksenmukainen hallintojärjestelmä, jossa on mielekkäällä tavalla mukana potilaiden edustus, sekä paikallishallinnon päätöksentekomekanismi.
5. Tunnistetaan oikeat johtajat, jotka kykenevät hallinnoimaan järjestelmän ja kehittämään uuden johtamismuodon.
6. Kehitetään konfliktien sopimisjärjestelmä ja päätetään, mitä tapahtuu, kun työntekijät epäonnistuvat toimimaan sääntöjen mukaisesti.
7. Kehitetään kestävä rahoitusmalli järjestelmän läpi seuraavasti:
  - Ryhmitetään käytettävissä olevat resurssit systeemin tavoitteiden mukaisesti.
  - Määritellään, miten resurssit annetaan tuottajien käyttöön.
  - Määritellään, miten resurssien käytössä hallitaan kustannukset, riskit ja palkitseminen.
8. Kehitetään herkästi toimiva johtoryhmä johtamaan systeemiä.
9. Kehitetään systeemin sisälle systeemi, joka huolehtii eri osien pysymisestä ryhmän tavoitteiden puitteissa.
10. Kehitetään yksinkertainen mittaristo, jolla seurataan toimintaa ja kehitystä.

Vertailu Suomen sote-työhön on houkutteleva. Daltonin esittämiä ajatuksia on jo kauan toteutettu Suomessa, syövän hoito on yliopistosairaalavetoista, erikoislääkäreitä on konsultteina terveystieteissä ja laboratoriopalvelut

ovat ketjuuntuneet yliopistosairaaloiden ympärille. Tämä kehitys jatkueksaan heikentää maantieteellisen alueen merkitystä erikoisosaamista vaativissa kokonaisuuksissa, jotka tulevaisuudessa ryhmittyvät yliopistosairaaloiden ympärille.

Esitetty 10 kohdan ohjelma on sote-uudistusta vastaava uudistus Englannissa. Kohdat 1 ja 2 ovat samoja. Kohdan kolme visiomenettely ei yleisesti ole käytössä Suomessa, mutta sen hyödyllisyys tavoitteiden määrittelyssä on selvä. Kohdat 4–6 sisältävät hierarkkisen johtamisjärjestelmän purkamista. Näkökohdat tulisi ottaa huomioon sote-alueita luotaessa. Rahoitusta suunniteltaessa kannetaan huolta siitä, että rahat voidaan riittävän radikaalisti suunnata uudistettuun toimintaan. Rahoitussopimus voitaisiin tehdä esimerkiksi tuottaja-allianssin kanssa, jossa on mukana kolmannen sektorin toimijoita.

### **2.3.1 Ehdotus NHS:n uuden tunnuslukujärjestelmän rakenteeksi**

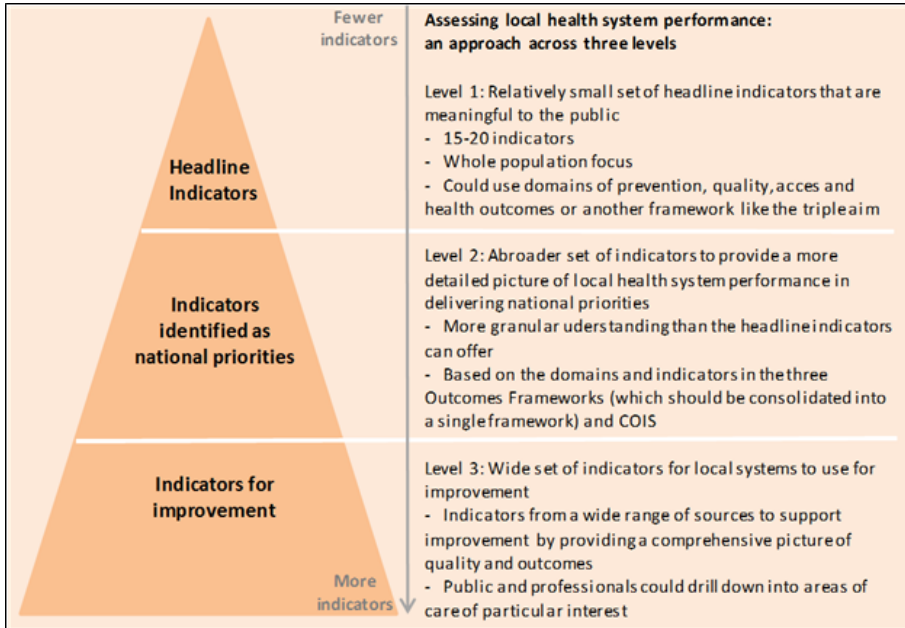
Lokakuussa 2015 ilmestyi NHS:n tuottama raportti ”Measuring the performance of local systems: Review for the Department of Health”, tekijöinä Chris Ham, Vena Raleigh, Katarine Foot, Ruth Robertson ja Hugh Alderwick. Tämä noin 100-sivuinen raportti sisältää perusteellisen katsauksen tunnuslukuihin ja niiden käyttömahdollisuuksiin. Raportti on keskittynyt potilastoimintaan, ja siitä puuttuu väestöön suhteutettu ajattelu, tuotannon-ohjausnäkökulma ja kiinteistöihin keskittyvät näkökulmat.

Vaikka tässä raportissa ei ole määritelty yksityiskohtaisesti numeroin tavoitearvoja, on se selvästi tuomassa NHS:n johtamiseen uuden otteen, jossa tunnusluvuilla ja toimintaluvuilla on entistä suurempi merkitys.

Raportissa indikaattorit on jaettu kolmeen ryhmään: kattotason indikaattorit, kansalliset painopisteindikaattorit ja paikallista kehittämistä tukevat indikaattorit. NHS:n raportissa on seuraava ehdotus kattotason indikaattoreiksi.

Ennalta ehkäisy

- Lasten rokotusten määrä
- Yli 65-vuotiaiden influenssarokotusten määrä



Kuva 2. Sote-indikaattorit NHS:n mukaan.

- Raskauden aikana tupakoivien äitien määrä
- Syöväen seulontamäärät
- Lihavien osuus väestöstä

### Hoitoon pääsy

- Valitut odotusaikaindikaattorit (sisältäen psykiatriseen hoitoon pääsyn)
- Yleislääkäreitä 100 000 asukasta kohti
- Odotusaika yleislääkärille
- Odotusaika NHS:n hammashoitopalveluihin
- Odotus psykoterapiaan

### Laatu

- Terveysthuollon keinoin ehkäistävissä olevat menetetyt elinvuodet
- Uusitut sairaanhoitojaksot
- Päivystyspotilaiden sisäännotot tilanteissa, joissa normaalisti ei vaadita sairaalahoitoa



- Potilaan kokemus yleislääkäripalveluista
- Potilaskokemus sairaalapalvelusta

#### Terveystulokset

- Eliniänodote
- Mielenterveyspotilaiden lisääntynyt kuolleisuus
- Kehitysvammaisten ja mielenterveyspotilaiden työllistyminen

Tämäkin on vain ehdotus, ja esimerkiksi kustannusten tai tehokkuuden puuttuminen kattotason mittareista on arveluttavaa, etenkin kun ottaa huomioon NHS:n kustannuskriisin. Vastaavanlaisia tunnuslukujärjestelmiä voidaan kehittää eri terveydenhuollon osa-alueille.

### **2.3.2 Ehdotus NHS:n alueiden vertailuissa käytettäväksi tunnusluvuiksi**

NHS käyttää aluevastuupohjaisia indikaattoreita huomattavasti enemmän kuin mitä Suomessa on totuttu. Samalla on kiinnitetty huomiota siihen, että alueen terveydenhuoltoa ei voida arvioida vain yhden rekisterin avulla. Kunnollinen arviointi vaatii useita näkökulmia ja useiden rekisterien samanaikaista käyttöä.

Englannissa on kolme kokeilualuetta (Isle of Wight, W Cheshire ja Tower Hamlets). Seuraava taulukko on ehdotus NHS:n pioneerialueiden vertailuissa käytettäväksi tunnusluvuiksi (Narrowing the health and wellbeing gap: Reducing inequalities and improving health, Jessica Allen, UCL Institute of Health Equity; Maximizing the impact of the NHS in tackling health inequalities, 12 May 2016).

Kun katsomme NHS:n johtamisindikaattoreiden listaa, on siinä selvästi siirrytty johtamaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa sen tuloksellisuuden kautta. Suomalaisessa johtamisessa tämän tyyppinen johtaminen on uutta. Tarvittava tietopohja on osittain jo olemassa, mutta sitä ei ole vielä kerätty tai muokattu johtamisen tarvitsemaan muotoon.

## Taulukko 7.

Ehdotus NHS:n pioneerialueiden tunnuslukujärjestelmäksi.

TERVEYDEN SOSIAALISEN ULOTTUVUUDEN TIEDOSTOT	NHS-TERVEYDENHUOLLON KOHTUULLISUUS-INDIKAATTORIT/-TIEDOSTOT	NHS-TULOSINDIKAATTORIT/-TIEDOSTOT
"Marmot-indikaattori + (englantilainen ulkoilu-indikaattorisarja)"	Perushoito: potilaita täysipäiväistä yleislääkäreitä kohti	Estettäviin kuolinsyihin menetetyt elinvuodet: virallinen kuolinsyytilasto ja eliniän odotteen ennusteet
Ympäristöterveydenhuolto, viheralueiden käyttö, köyhyysindikaattori	Perushoidon laatu: muodostetaan laatu- ja tulospohjainen pisteytysjärjestelmä, mitataan väestön terveydentilan parantumista kliinisin indikaattorein	Alle 75-vuotiaiden kuoleminen syöpään, sydän- ja verisuonitauteihin, hengityselinten sekä maksan tauteihin: virallinen kuolinsyytilasto ja eliniänodotteen ennusteet
Paikallishallinnon tietojärjestelmät, asuminen, muut ympäristöindikaattorit	Sairaalaan pääsyn odotusaika: odotusaika päätöksestä sairaalan sisäänottoon	Päivystyssisäänottojen määrä tilanteessa, joka ei normaalisti vaadi sairaalaan ottoa: sairaaloiden hoitotilastot
Väestötiedot, syntyvyys ja kuolleisuus	Tarpeettomat sairaalaanotot: avohoidossa hoidettavien kroonikkopotilaiden osuus sairaalaan otetuista potilaista	Pitkäaikaispotilaiden elämänlaatu: yleislääkäreiden tietojärjestelmät
Maksetut avustukset, tulotaso	Uusintasisäännot sairaalaan: potilaiden osuus, jotka on samasta syystä otettu uudelleen päivistyksen kautta sairaalaan saman vuoden aikana	Lapsikuolleisuuden vähentäminen: viralliset kuolinsyytilastot: lapset, vastasyntyneet ja keskoset
Huostaanotetut lapset	Kuoleminen sairaalassa: sairaalassa kuolleiden potilaiden määrä	Kuolleisuusutilastot syittäin
Syrjäntyneet nuoret (NEETs = "Not in Education, Employment, or Training")	Estettävä kuolleisuus: kuolinsyyt, joihin hoito helposti vaikuttaa	Sairaalan episoditilastot

## 3 Rakentaminen ja tunnusluvut

### 3.1 Lääkintöhallituksella oli tunnuslukujärjestelmä

Suomen keskussairaalat rakennettiin pääosin 1950–1970-luvuilla Lääkintöhallituksen tiukassa ohjauksessa. Niitä laajennettiin lisärakennuksin 1980-luvulla, jolloin otettiin käyttöön kerroskuvaus ja teho-osastot ja leikkaus-toiminta laajeni merkittävästi. Nyt lähes samanaikaisesti on rakennusten tekninen käyttöikä päättymässä ja lähes 4 mrd:n rakennusurakka käynnistynyt.

Lääkintöhallituksella ja Rakennushallituksella oli käytössään tunnuslukujärjestelmä, jolla ohjattiin sairaalaverkoston kehittämistä. Sen pääasiallinen käyttö oli arvioida sairaaloiden rakennussuunnitelmia ja päättää valtionavusta.

Nykyisin käytetyt tunnusluvut ovat edelleen vanhoja Lääkintöhallituksen peruja, joita ei erityisemmin ole päivitetty. Seuraavassa on tarkasteltu palvelujen mitoitusta Lääkintöhallituksen käyttämällä tavalla. Lukujärjestelmä oli hierarkkinen. Ohjaavat luvut muodostivat toisistaan riippuvia kokonaisuuksia. Jos järjestelmän luvut päivitetäisiin nykytasoon, voisivat laskelmat olla seuraavan näköisiä.

### **3.2 Rakentamisen kustannukset hallitaan tunnusluvuilla**

Terveydenhuollon suunnittelussa jänneväli on useita vuosia. Suuren ikäluokan terveyspalvelujen tarve kasvaa vuoden 2025 jälkeen ja tasoittuu noin vuonna 2040. Näin ollen nyt pitäisi varautua kymmenen vuoden tähtäimellä toimimaan resurssija optimoiden, jotta lisätarve voitaisiin suunnitellusti ottaa käyttöön vuoden 2025 jälkeen. Rakentamisprojekti puolestaan vaatii aikaa 4–8 vuoteen, joten suunnittelussa tällä hetkellä pitäisi ottaa jo huomioon suuren ikäluokan poistumisen aiheuttama lisäkuorma. Erityisen vaikeaksi suunnittelu muodostuu niillä soite-alueilla, joissa väestö vähenee.

Sairaaloitten ja terveyskeskusten rakennusten koko on kasvanut. Osa-syynä ovat tilaohjelmaan kätkeytetyt piilotilat, jotka jäävät ikään kuin valmiiksi rakennetuiksi varatiloiksi. Tämä on mahdollista, koska Lääkintöhallituksen ja Sosiaalihuollon lakkautuksen yhteydessä katosi valtion taholta tapahtuva uudisrakennusten ohjelmien hyväksymisprosessi.

Maassamme tuli 1990-luvulla terveydenhuollon rakentamiseen tauko ja kokonaisuuksia hallitseva rakentajien sukupolvi eläköityi. Sairaaloitten suunnittelua on nyt tehty paikallisin ratkaisuin. Ongelmaksi on tullut käyttöön oton yhteydessä todetut muutostarpeet, jotka vaativat välitöntä korjausta.

Pohjoismaissa 1990-luvulla havaittiin, että akuuttisairaalan pinta-alasta keskimäärin 5 % oli korjausprosessin alla. Uuden rakennuksen tai laajemman korjauksen käyttöönoton yhteydessä havaittiin jatkuvasti puutteita ja tarvittiin korjaustoimenpiteitä. Syynä ovat asiantuntijoiden vaatimukset tilojen koosta ja varustuksesta, jotka perustuivat tiettyyn toimintatapaan. Kun toimintatapa muutetaan, pitää huoneiden järjestystä ja kokoa muuttaa. Tilanne on tavallinen myös Suomessa.

Siksi Ruotsissa päätettiin, että sairaaloissa tehdään korjauksia vasta viiden vuoden kuluttua uuden tai korjatun sairaalan käyttöönotosta. Kun tämäkään ei riittänyt, oli uuden Karolinskan suunnittelun lähtökohtana vaatimus siitä, että mikä tahansa erikoisala voi toimia missä tahansa osastossa. Tämä puolestaan johti tilojen koon standardisointiin ja toistuvaan kerrosrakenteeseen.

Suomesta puuttuu useiden maiden käytäntö, jossa vuoden kuluttua käyttöönotosta asiantuntijaryhmä arvioi tuloksen onnistumisen. Tällöin

tulee julkiseen keskusteluun nyt hiljaisuudessa haudatut mutta kaikkien tietämät ongelmat, jotka toistuvat projektista toiseen.

Viime aikoina on ruvettu kiinnittämään huomiota siihen, että sairaalarakennuksen tilat ovat varsin vähäisessä käytössä. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri ja Hämeen ammattikorkeakoulu tekivät yhteistyössä Hämeenlinnan sairaalan poliklinikkatilojen käyttöasteen selvityksen tammikuusta kesäkuuhun 2014. Havainnoidun tiedon perusteella voidaan todeta, että henkilöstön osalta poliklinikkahuoneiden käyttöaste on 49 % ja potilaiden läsnäolosta muodostuva käyttöaste 13 % kahdeksan tunnin virka-ajasta. Henkilöstön itsensä arvioima poliklinikkahuoneiden käyttöaste oli 57 %.

Esimerkkinä ylimitoituksesta on 2010-luvulla rakennettu terveyskeskus, jossa hammaslääketieteen vastaanottohuoneita rakennettiin kuudelle potilaskäynnille päivässä, vaikka todellisuudessa yhdessä huoneessa pystytään kohtuullisesti tekemään 15–20 päivittäistä hammaslääketieteen toimenpidettä. Tämän on pakko johtaa vähitellen tilojen tuottavuuden pohdintaan ja myös pienempään investointitarpeeseen.

Työterveyslaitoksen johdolla tehtiin vuosina 2006–2009 VALSAI-projekti, jossa olivat mukana useat sairaanhoitopiirit ja Teknillisen korkeakoulun SOTERA-instituutti. VALSAI-projektin lopputulema oli, että suunnittelu-prosessissa sairaalan potilas- ja kävijämäärät, tilan tarve, henkilökunta ja sen muutokset sekä näiden kustannusvaikutukset olisivat samanaikaisesti päätöksenteossa esillä.

Vaikeutena on, että ohjelmaa yleensä tehdään suunnilleen nykyiselle toiminnalle, mutta samanaikaisesti tiloja pyritään kasvattamaan henkilökunnan toimesta ilman, että tuotantomäärät muuttuvat. Ilmiö johtuu osittain siitä, että poliittisesti kokoonpantu hallitus ei sisällä riittävää asiantuntemusta, jolla satojen miljoonien investointisuunnitelmien laatua voitaisiin arvioida.

Rakennuksen valmistuttua seuraa käyttöönottoprosessi, jossa esitetään ensimmäisen kerran käyttöönotossa tarvittava lisähenkilökunta. Seurauksena on, että rakennuttaja, useimmissa tapauksissa kuntainliiton hallitus, kokee merkittävän yllätyksen. Näin kävi viimeksi Turun yliopistollisen keskussairaalan käyttöönoton yhteydessä, jolloin sairaalan johto esitti 200 lisävirkaa, jotta rakennus voitaisiin ottaa käyttöön. Kun näihin ei katsottu

kuntasektorilla olevan varaa, on osa uudesta sairaalasta edelleen ottamatta käyttöön.

Rakentamispäätöksen taustaksi tulisi hankkia kaikki seuraavat asiat:

1. Hoidettavien potilaiden määrä nyt, niiden oletettu kasvu ja oletetut väestömuutokset, joihin mitoitus perustuu.
2. Toimintaluvut ja tilat nyt ja tulevassa rakennuksessa. Muutos toimintaluvuissa on perusteltava silloin, kun toiminnan tilat kasvavat.
3. Henkilökuntasuunnitelma nyt ja tulevaisuudessa ja arvio henkilöstökustannuksien kehityksestä.
4. Rahoitussuunnitelma. Mikäli rahoitus järjestetään lainalla, joka maksetaan takaisin toimintaa tehostamalla, on selvítettävä, miten toiminta tehostuu ja mistä toimintamuutoksesta lainan hoitoon tarvittava raha saadaan.

Yleensä nämä kohdat puuttuvat tai ovat esillä vain viitteellisesti. Sairaanhoidopiirien johto ei ole yhdistänyt tilojen, henkilökunnan tarpeen ja rahoituksen suunnittelua.

### **3.3 Sairaalarpeen arviointi**

Euroopassa vallitsi 1920-luvulta alkaen sairaaloiden jako yleissairaaloihin ja erikoissairaaloihin. Yleissairaaloiden tarpeeksi arvioitiin 6–7 sairaansijaa/1 000 asukasta. Lisäksi oli erikoissairaaloita, kuten tuberkuloosisairaalat, mielisairaalat ja sädehoitosairaalat. Sairaaloissa oli noin 10–11 sairaansijaa/1 000 asukasta.

WHO määritteli 1950-luvun lopussa akuutin erikoissairaanhoidon tarpeeksi 3 sairaansijaa/1 000 asukasta. Tavoitteena oli miljoonan asukkaan alueelle rakentaa kolme tuhatpaikkaista sairaalaa, joilla oli toisiaan täydentävä profiili.

Keskussairaalaverkostoa rakennettaessa pidettiin tavoitetasona suunnilleen 3 sairaansijaa/1 000 asukasta. Vuoden 1972 kansanterveyslakia valmisteltaessa terveyskeskussairaaloiden tarpeeksi arvioitiin noin 3 sairaansijaa/1 000 asukasta pitkä-aikaiseen hoitoon ja 0,6 sairaansijaa akuuttiin sairaanhoitoon. Kansanterveyslain perusteluissa todetaan, että sosiaaliviran-

omaisella on rooli valittaessa potilaita sairaalaan. Keskussairaaloiden ja terveyskeskussairaaloiden yhteenlasketuksi kokonaismitoitukseksi muodostui vanha eurooppalainen yleissairaalarjestelmä 6–7 sairaansijaa/1 000 asukasta, joskin selkeämmin porrastettuna.

Slovakian terveydenhuolto-ohjelmaa tehtäessä vuonna 2014 EU:n DG SANCON asiantuntijat käyttivät erikoissairaanhoidon mitoituksena lukua 2 sairaansijaa/1 000 asukasta kohti ja lisäksi 1,5 sairaansijaa/1 000 asukasta kuntoutusta ja vanhusten kriisihoitoa varten. Suomen osalta tämä EU:n asiantuntijoiden luku merkitsisi noin 19 000 sairaansijaa. Sairaanhoidopiirien sairaalat ja terveyskeskusten akuuttisairaanhoido yhteensä ovat tätä suuruusluokkaa.

Akuuttisairaalan väestöpohjana on pidetty Keski-Euroopassa vähintään 150 000 asukasta. Lukua on nyt nostettu niin, että se on Hollannissa noin 200 000 ja kasvamassa noin 300 000–400 000 asukkaaseen. Samaa tasoa on NHS:n minimiväestöpohja.

Suunnittelun apuna on nyrkkisääntöjä esimerkiksi seuraavasti. Jos väestöpohja olisi 250 000 asukasta, sairaansijamäärä 2 sairaansijaa/1 000 asukasta kohti vastaisi 500 sairaansijaa, ja jos tavoitekoko olisi 140 m<sup>2</sup>/sairaansija, olisi sairaalan koko noin 70 000 m<sup>2</sup>. Kun sairaala toimii hyvin, tarvitaan henkilöä kohti 30 m<sup>2</sup> tilaa. Tässä sairaalassa voisi toimia mukavasti noin 2 300 henkilöä. Tästä puolestaan voitiin arvioida rakennuskustannus käyttämällä toteutuneista projekteista saattavaa neliöhintaa.

Kun tiedetään, että henkilötyövuoden kustannukset ovat noin 50 000 euroa/vuosi ja että ne muodostavat noin 55 % akuuttisairaalan kustannuksista, saadaan laskettua budjetin suuruusluokka, tässä tapauksessa noin 210 milj. euroa.

### **3.4 Sairaalarakennuksen mitoituksesta**

**Rakennuksen tilaohjelma** muodostuu huoneista sekä muista ohjelmoiduista tiloista, kuten ilmoittautumisaulasta jne. Kun ohjelma kerrotaan kertomella 1,7–2, saadaan kokonaispinta-ala. Kerroin 1,7 on edelleen käytössä Keski-Euroopassa. Pohjoismaissa käytetään kerrointa 2–2,1.

Sairaalarakennuksen koko määritellään suurella m<sup>2</sup>/sairaansija. Keski-Euroopassa rakennetaan nykyisin kompakteja akuuttisairaaloita noin 140 m<sup>2</sup>/

sairaansija. Tämä luku oli ohje myös Hollannin sairaalarakentamisen ohjausyksikön Bouwcollagen suunnittelukilpailussa vuonna 2009. Ruotsissa uudistetaan akuuttisairaaloita tasolla 180 m<sup>2</sup>/sairaansija. Luvussa näkyy ruotsalaisten sairaaloiden väljä suunnittelu ja suuri huonekoko. Yliopistokampuksissa luku on usein yli 200 m<sup>2</sup>/sairaansija.

## **Avohoito**

Avohoitoyksiköiden tehokkuutta tarkastellaan käyntimäärinä 1 000 m<sup>2</sup> kohti. Yksityissektorilla on tavattu luku 100 000 käyntiä/1 000 m<sup>2</sup>, joka vastaa noin 33 vastaanottohuonetta ja noin 3 000 käyntiä vuodessa huonetta kohti virka-aikana. Tämä käyntimäärä huonetta kohti on tavallinen mitoitus eurooppalaisissa sairaaloissa.

Avohoitoyksikkö muodostuu lääkäreistä ja oheistyövoimasta. Vastaanottomalli lähtee siitä ajatuksesta, että vastaanottotila on koko sen ajan potilaskäytössä, jolloin avohoitoyksikössä on paikalla vastaanottoa avustavaa työvoimaa. Keski-Euroopassa vastaavat tilat erikoissairaaloissa mitoitetaan noin 3 000 käyntiin vuodessa. Lääkärit ja erikoisalajat vaihtuvat vastaanottohuoneissa päivän aikana.

Lääkärien osalta on kysymys vastaanoton ja kanslian yhdistämisestä vaihtoehtona vastaanoton ja muun työskentelyn eriyttämiseen. Kansliatarvemitoitus saadaan siitä, että vastaanottotyötä tekevä lääkäri tarvitsee omaa kansliaa noin 20 % työajasta, diagnostisella alalla noin 50 % ja teorettikot noin 80 %. Osastolla on lääkäreillä oma kanslia. Osana ongelmaa on se, ettei hyvin toimivaa vastaanottoa ja erillistä avokansliatoimintaa ole vielä Suomessa suunniteltu.

Toiminnan muuttumisella on vaikutus myös tilan käyttöön. Otetaan vain yksi esimerkki. Tällä hetkellä usean asiantuntijan yhteisvastaanotto on herättänyt tuloksillaan myönteisiä kannanottoja. Sitä esitetään jopa NHS:n uudeksi toimintamalliksi. Tässä mallissa useat eritasoiset asiantuntijat työskentelevät tiiviisti yhdessä toimistotilassa. Myös vastaanotossa on samanaikaisesti paikalla useita eri asiantuntijoita. Lääkäri on keskeinen joukkueen jäsen. Työ on muuttumassa yksittäisten potilaiden hoitamisesta ryhmätyön johtamiseksi.



## **Leikkausosasto**

Keskussairaalan leikkausosaston vanha mitoitus oli 1 000 leikkausta salia kohti vuodessa. Sitä on nyt laskettu tasolle 800 ja yliopistosairaaloiden osalta lähemmäksi 600:aa silloin, kun on kyseessä vaikeita pitkäkestoisia leikkauksia. Toisaalta esimerkiksi päiväkirurgiassa päästää joissakin yksiköissä lähelle tasoa 2 000 leikkausta vuodessa. Vertailun vuoksi todettakoon, että Pohjola sairaala Helsingissä tuottaa viidellä salilla 6 000 toimenpidettä vuodessa.

Keski-Euroopassa ja myös Pohjoismaissa ollaan arkoja rakentamaan isoja leikkausosastoja. Leikkaussalit ovat yleensä neljän salin kerrannaisia. Sairaalassa 8–12 leikkaussalin yksikkö on iso. Suurin tiedossa oleva ratkaisu on Bernin yliopistosairaalan 16 salin osasto, joka on jaettu neljään osaan, kussakin neljä leikkaussalia.

Leikkaussalin pinta-ala on kasvanut 60-luvun 36 m<sup>2</sup>:stä aluksi 42 m<sup>2</sup>:iin, sitten 50–60 m<sup>2</sup>:iin. Ruotsissa oli 2010-luvun lopulla ehdotus siitä, että kaikki leikkaussalit rakennettaisiin 64 m<sup>2</sup>:n suuruisiksi. Tällä hetkellä esimerkiksi Karolinska ei noudata tätä, vaan osa leikkaussaleista on 50 m<sup>2</sup>:n ja 54 m<sup>2</sup>:n suuruusluokassa.

Leikkausosastolla on myös käytetty tunnuslukua osaston kokonaispinta-ala jaettuna leikkaussalien lukumäärällä. Tämä luku on ollut 80-luvulla noin 180 m<sup>2</sup>, nykyisin se on noin 200–240 m<sup>2</sup>.

Suomessa leikkaussalien käyttöaste on alhainen. Useissa sairaaloissa on saleja, joita käytetään vain osan aikaa, noin 300–500 leikkaukseen vuodessa. Keski-Euroopassa salimitoituksena käytetään edelleen 1 200 toimenpidettä salia kohti.

## **Sädetutkimukset**

Röntgentutkimuksilla on ollut potilaskohtainen yläraja. Pohjoismaissa on ollut käytössä Ruotsin säteilyviromaisten suositus 0,7 tutkimusta asukasta kohti vuodessa. Mikäli suositusta noudatettaisiin, tästä voisi arvioida, paljonko kuvantamista jollakin väestöpohjalla kaikkiaan tarvitaan.

Röntgenhuoneen minimikoko määriteltiin aikoinaan Suomen säteilysuojauslaissa 25 m<sup>2</sup>:ksi. Röntgenhuoneet ovat kasvaneet siten, että nykyisin tavallisesti ne ovat noin 34 m<sup>2</sup>:n suuruisia. Röntgenosastolla on myös ollut

indikaattorina kokonaispinta-ala huonetta kohti, luku on ollut suuruusluokkaa 170–180 m<sup>2</sup>.

Suomalaiset ja ruotsalaiset osastoratkaisut ovat suhteellisen väljiä, keski-eurooppalaiset ovat taas puolestaan ahtaampia. Pinta-alaa on säästetty muun muassa viistoamalla huoneen nurkkia ja tekemällä niistä sisäänkäynnit tiloihin.

### **3.5 Sairaaloiden tyhjäkäynti eli ”hukka”**

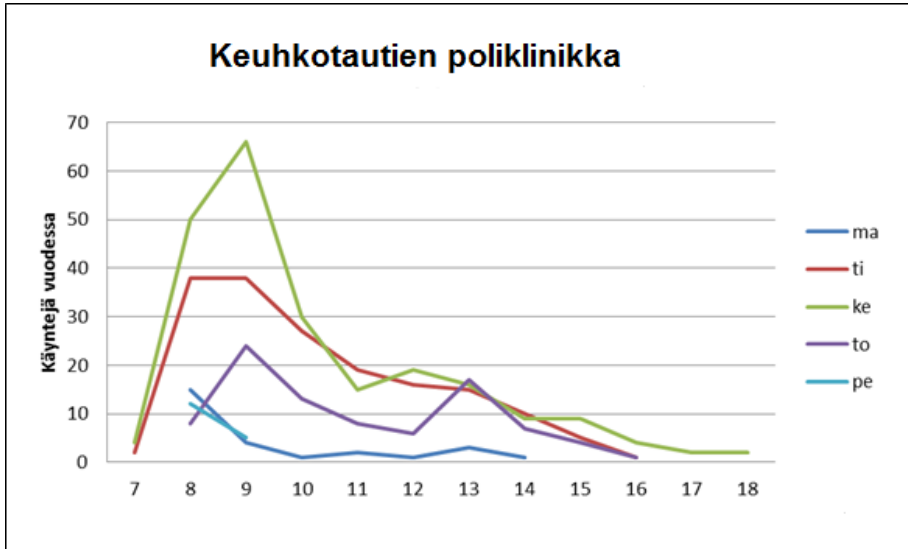
Lean-ajattelun myötä on tullut esille ”hukka” eli aika, jolloin sairaala ei tee tuottavaa työtä. Tämä ongelma on kaikissa terveydenhuollon yksiköissä. Sairaaloiden ajankäytön paremmalla suunnittelulla olisi mahdollista lisätä tuottavuutta ja vähentää tilantarvetta.

Hukka on kansainvälisen keskustelun kohteena. Englannin NHS:n työvoimatutkimukset ovat paljastaneet, että sairaaloissa on runsaasti aikaa, jolloin sairaala ei tee potilastyötä. Viikossa sairaalat toimivat täysitehoisesti vain maanantain puolesta päivästä perjantain puoleen päivään eli neljä päivää seitsemästä. Uutena vaihtoehtona on tullut esiin 24h/7d-toimintamalli. Mallia on perusteltu mm. syöpälääkityksillä, joiden kohdalla parempi tulos saavutetaan jatkuvalla annostuksella.

Vastaavia tyhjäkäyntiesimerkkejä on helppo löytää sairaaloidemme avohoidosta. Sairaalapoliklinikka voi olla päivän viikossa käytännöllisesti katsoen kiinni. Sairaaloissa pidetään luonnollisena, että avohoitoyksiköissä on koko päivän sama oheishenkilökunta, vaikka vastaanottotoimintaa on vain osan aikaa (Sisältöä sote-uudistukseen, Sairaalan ajallinen kuormitus, s. 81). Ääripäänä on sairaalan poliklinikka, jossa yhtä lääkärin vastaanotto-tuntia kohti poliklinikkaorganisaatio tekee 5–6 tuntia oheistyötä eli yhden työpäivän.

Seuraavassa on esimerkkinä eräs suomalainen avohoitoyksikkö, joka toimii noin 20 %:n tehokkuudella. Yksikössä on täysipäiväinen avustava henkilökunta, vaikka kuormitus on vähäinen. Ongelma on usein tiedossa, mutta johto toimii mukavuusalueellaan eikä puutu tilanteeseen.

Keski-Euroopan sairaaloissa avohoitoyksikön aukioloaika vastaa henkilökunnan työaikaa. Ruotsissa avohoidossa on osapäiväistä henkilökuntaa. Jos



Kuva 3. Poliklinikan kuormitus viikonpäivien ja kellonajan mukaan.

toiminnan tuottavuutta halutaan parantaa, tulisi kiinnittää huomiota mm. siihen, kuinka monta tuntia yksikkö tosiasiallisesti toimii, kuinka paljon yksikössä työtä tekevät ammattilaiset tosiasiaassa tekevät potilastyötä ja kuinka hyvin hoitoprosessi toimii.

Hukan vastakohta on ruuhka. Sairaaloilla on omat ruuhka-aikansa, jolloin tarvitaan lisähenkilökuntaa. Työrupeama ei välttämättä ole enää samantoinen. Saksan paras traumasairaala on Berlin Notfallen Krankenhaus. Sairaalan päivystys on järjestetty nuorten lääkäreiden työsuhtein. Nuoret tutkijalääkärit ottavat ilta- tai yöpäivystysvuoroja, jotka kestävät muutamasta iltatunnista koko yön kestäviin työpaketteihin. Tällöin seniorilääkäreiden päivystystyö helpottuu. Myös pääkaupunkiseudun päivystysruuhkat olisivat tällä tavoin hoidettavissa.

Ratkaisuna on avohoitomalli, jossa ei ole kaikille erikoisaloille omia tiloja. Useat erikoisalat käyttävät samoja huoneita. Perushoitotyö liittyy alueeseen, esimerkiksi yksi hoitaja viittä vastaanottohuonetta kohti. Jos tarvitaan erikoisalan hoitohenkilöitä, tulevat he mukaan osastolta. Malli on tuttu lääkärikeskuksista ja tavallinen Keski-Euroopassa.

### 3.6 Vanhuspalvelujen rakennukset

Vanhuspalvelujen muutosjohtaminen tulee olemaa yksi suurimpia sote-alueen johtajan tehtäviä. Euroopassa on eri maissa käyty keskustelua vanhuspalvelujen mitoituksista. Ruotsin valtiopäivät päättivät 1980-luvun alussa, että vanhusten palvelurakentamisessa tilaa vanhusta kohti on 32–35 m<sup>2</sup>. Hollantilaiset yksiköt mitoitetaan nykyisin tasolle 35–42 m<sup>2</sup>/ vanhus. Lisäksi on määritelty vanhuksen huoneen minimimitoiksi 15 m<sup>2</sup> ilman wc- tai eteistiloja.

Asuntoviranomaiset ovat Suomessa käyttäneet pienempää mitoitusta. Rakennuskanta on vanhaa. Osa vanhusten rakennuksista on tiloissa, joissa huonekoko on 7 m<sup>2</sup>. Viime aikoina on vaadittu 20 m<sup>2</sup>:n tilaa, johon on sijoitettu wc ja eteinen. Kun näihin on sijoitettu kumpaankin noin 5 m<sup>2</sup>, jää vanhukselle tilaa vain noin 10 m<sup>2</sup>. Tilaan mahtuu sänky ja yöpöytä, mutta ei nojatuolia. Tilassa ei voi liikkua. Seurauksena on, että vanhuksen kunto huononee nopeasti ja hänestä tulee sänkypotilas.

Noin kolmannes vanhusten palvelurakennuksista on liian ahtaita, jotta niitä voitaisiin pitää inhimillisinä tai sellaisina, joissa vanhus voisi pitää kuntoa yllä. Viranomaisten ehdoton vaatimus tulisi olla 15 m<sup>2</sup> asuinpinta-alaa, johon ei lasketa wc:tä eikä eteistä. Määräyksen tulee koskea myös olemassa oleva rakennuskantaa. Pohjois-Irlannissa oli sama tilanne, ja siellä annettiin määräaika, johon mennessä rakennukset on korjattava vastaamaan 15 m<sup>2</sup>:n vaatimusta.

Sote-piirin vanhushuollon johtamisessa on keskeisenä tehtävänä käynnistää hoitojärjestelmien ja liian pienten palveluasuntojen purkaminen. Kuntoutuksen uudistamisella ja taajamien keskustaa senioriasuntojen rakentamisella päästään siihen, että merkittävä osa hoivapalveluista tuodaan kotiin. Saksin osavaltiossa arvioitiin palvelutarpeen keston olevan tulevaisuudessa noin 6 kk ennen potilaan kuolemaa. Tämä luku merkitsisi Suomessa noin 15 000 paikkaa ja 97 % vanhuksista asumassa kotonaan. Kotikuolema tulee olemaan tavallinen tapa Euroopassa nykyisen trendin mukaisesti.

Kun sote-henkilökuntaa lähivuosina eläköityy enemmän kuin uusia työntekijöitä valmistuu, on tämä oikea kohta viedä nopeasti uudistukset läpi.

Kuten raportissa ”Miten sote-uudistus toteutetaan?” (luku 6.9, sivu 129) on todettu, vallitsee maassamme ylilaitostava vanhusten hoitokulttuuri. Puutetta on kuntoutukselta ja senioriasunnoista palvelevissa keskuskortteleissa, joissa kotipalvelut ovat kävelymatkan päässä. Vanhuspalvelulain tavoitetaso, jonka mukaan 92 % asuu kotona, merkitsee noin 17 000 ylipaikkaa palvelujärjestelmässä. Tämän purkaminen kuntoutuksen avulla voidaan tehdä nopeasti. Samalla parannetaan vanhusten elämänlaatua ja saadaan yli puolen miljardin säästö. Lisätarve tulee ajankohtaiseksi 2025 vuoden jälkeen. Lisätarve koskee kuitenkin Etelä-Suomea ja ylipaikkaisuus Sisä-Suomea.

Rakentamisessa on muistettava kotihoidon mahdollisuuksien kehittyminen ja toimintakyvyn palauttavan kuntoutuksen lisääntyminen, jotka viittaavat kotona asumisen lisääntymiseen. Tämä tulee vähentämään 24/7-palvelutarvetta.

### **3.7 Rakentamisprosessin hallinta**

Jotta rakennuskanta ja rakentamisprosessi saataisiin paremmin hallintaan, on otettava käyttöön seuraavat menettelyt:

1. Projektin ohjelmoinnissa on pyrittävä yleiskäyttöisiin ratkaisuihin.
2. Rakennusprojektin hallinnossa on käsiteltävä samanaikaisesti tilat, suoritteet, henkilökunta ja rahoitus.
3. Mikäli rahoitus perustuu tulevaisuudessa saataviin säästöihin, on siitä esitettävä yksityiskohtaiset laskelmat.
4. Vuoden kuluttua käyttöönotosta rakennus arvioidaan ulkopuolisen asiantuntijaryhmän toimesta ja tarkastellaan, saavutettiinko asetetut toiminnalliset ja tuotannolliset tavoitteet.

## 4 Sote-alueen johtaminen ja tunnusluvut

### 4.1 Tarvitaan uusi johtamistapa – tiedolla johtaminen

Uskallamme väittää, että Suomen sote-sektorin selvästi muuta talouskasvua suurempi kasvu johtuu osittain siitä, miten sektoria on johdettu. Tai pitäisikö sanoa karummin – ei ole johdettu. Sairaanhoidopiirien välillä todetut suuret erot toimintaluvuissa osoittavat, että tavoitteiden asettelu tai resursien kohdentaminen ei ole ollut tasalaatuista. Tunnuslukujen systemaattinen käyttö 1990-luvun alussa katkesi Lääkintöhallituksen lakkautuksen myötä. Uudistuksen yhteydessä on syytä miettiä johtamisen periaatteet ja tietotarpeet kuntoon heti alusta alkaen.

Miten sote-alueita tulisi sitten johtaa, jotta uudistukselle asetetut tavoitteet niin palvelujen laadun, saatavuuden kuin kustannustenkin osalta olisi mahdollista saavuttaa? Koska tätä kirjoitettaessa sote-alueiden täsmällisestä hallintomallista ei ole vielä päätetty, perustamme tarkastelumme seuraaviin oletuksiin. Valtio pyrkii ohjaamaan maakuntia ja siten sote-alueita sekä lainsäädännön, neuvottelumenettelyn ja siinä hyödynnettävien suunnitelmien ja alueiden toiminnasta kerätyn tiedon avulla että väestön tarpeeseen perustuvan laskennallisen rahoitusmallin avulla. Jotta alueiden kehitystä, tavoitteiden saavuttamista sekä tarvittavan rahan määrää voidaan arvioida ja hallita, tulee sote-alueiden suorituksen arviointiin

luoda yhtenäiset kriteerit. Nämä kriteerit siis palvelevat niin valtiota, sote-alueiden järjestämistä vastuussa olevia poliitikkoja ja virkamiehiä kuin myös kansalaisia, koska ne tekevät sote-alueiden toiminnasta edes jollakin tavoin läpinäkyvää ja vertailukelpoista. Oletamme myös, että sote-alueilla järjestämistä ja tuotantovastuu eriytetään. Näin ollen järjestäjän vastuulla on pohtia mm. erityyppiseen toimintaan (terveydenhuolto vs. sosiaalityö, ennaltaehkäisy vs. sairauden hoito) allokoitavien resurssien määrä ja sitä, mistä palvelut hankitaan.

Oletamme, että hankintapäätöksiä tehdään sekä hinta- että laatu-kriteerein, ja vaikka tietyille palveluille luotaisiinkin yksihintajärjestelmä/hintakatto, järjestäjiä kiinnostaa tuottajien toiminnan kustannustaso. Oletamme siis myös, että sote-alueen järjestäjän tuotannon ohjaus perustuu sopimuksiin, ei hierarkkiseen määräysvaltaan. Emme tässä yhteydessä puutu tarkemmin yksittäisen tuottajan oman toiminnan operatiiviseen ohjaamiseen, mutta toteamme, että mikäli sote-alueiden järjestämistä vastuussa olevat pyrkivät ohjaamaan toimintaa laatu- ja kustannuskriteerein, palvelujen tarjoajien on pakko kehittää omat tietojärjestelmänsä riittävän tarkoin palvelemaan hinnoittelua ja toiminnan johtamista. Lisäksi mikäli nykyisiä kunnallisia tai kuntayhtymien tuotanto-organisaatioita yhdistetään sote-alueella yhden katon alle maakunnallisiksi palvelulaitoksiksi, organisaatioista muodostuu nykyistä suurempia, mikä taas edellyttää edelleen luotettavan ja ajantasaisen tiedon tuottamista toiminnan eri osista, jotta johto voi ohjata resursseja sinne, missä niillä saadaan suurin hyöty aikaiseksi.

Sote-aluetta siis johdetaan ja ohjataan näillä näkymin pitkälti sopimuksin. Järjestäjä ei tuota palveluja itse, vaan huolehtii siitä, että alueen väestölle palvelut ovat tarjolla. Toisin sanoen sote-alueen tulee järjestää palvelujen saatavuus asianmukaisesti ja tämän toteutumista tulisi myös mitata. Saatavuuden lisäksi keskeisiä tekijöitä ovat kustannustehokkuus ja palvelujen laatu, joka voidaan ja tulee ymmärtää sekä hoidon (lääketieteellisenä) laatuksi että asiakkaan kokemana laatuksi. Laatuja ja kustannuksia tulee myös mitata sote-alueella. Kaikilla näillä, saatavuudella, laadulla ja kustannustehokkuudella pyritään viimekädessä kansan terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseen, joten myös yleistä terveydentilaa ja sen kehitystä alueilla tulee

mitata ja seurata. Koska väestön terveydentilan parantamiseksi on lukuisia keinoja, kuten kuntoutus, yhteisöllisyys ja tautien synnyn estäminen, tulee näiden merkitystä kyetä arvioimaan rinnan hoitavan lääketieteen menetelmien kanssa. Siksi näistäkin keinoista olisi hyvä olla mitattua faktaa päätöksenteon tueksi.

Kun puhutaan sote-alueen johtamisesta, tulisi erottaa kaksi ulottuvuutta. Toinen on se, kuinka sote-alueen johto pyrkii ohjaamaan toimintaa ja varmistamaan alueensa suotuisan kehityksen. Toinen on se, millä kansalaiset ja poliitikot voivat arvioida, onko sote-alueen johto suoriutunut tehtävistään hyvin. Molempiin tarkoituksiin voidaan käyttää erilaisia indikaattoreita. Johtamisperiaatteeksi tulisi heti alussa ottaa se, että mikäli alueen toiminta ja sitä kuvaavat tunnusluvut eivät kehity suotuisasti, johto sote-alueella vaihtuu. Me emme tiedä Suomesta ensimmäistäkään tapaus-ta, jossa esimerkiksi sairaanhoitopiirin johtaja olisi saanut potkut johtuen jatkuvista budjetin ylityksistä. Ei ihme, että kustannukset eivät pysy hallinnassa.

Käytännön liikkeenjohdossa ja akateemisessa tutkimuksessa on keskusteltu pitkään vertailevasta suorituksen arvioinnista (relative performance evaluation). Tällä tarkoitetaan sitä, että niille, joiden suoritusta arvioidaan, tuotetaan tietoa muiden vastaavassa asemassa olevien suoriutumisesta ja päätelmä siitä, kuinka hyvin yksilö tai tiimi on suoriutunut, tehdään sen perusteella, miten hänen suorituksensa suhteutuu muiden suoritukseen. Vertaileva suorituksen arviointi luo automaattisesti eräänlaisen kilpailu- tai kilvoittelutilanteen. Vertailevaan suorituksen arviointiin ja keskinäiseen kilvoitteluun siitä, kuka pystyy hoitamaan laadun ja saatavuuden kuntoon pienimillä kustannuksilla, tulisi pyrkiä myös Suomessa sote-alueiden ja niiden johdon suorituksen arvioinnissa. Samaa periaatetta toki voidaan hyödyntää myös toiminnallisten yksiköiden (mm. klinikoiden, hoivakotien), prosessien ja yksilöiden suorituksen arvioinnissa, kunhan vertailtavat yksiköt ja tehtävät ovat riittävän samankaltaisia toiminnoiltaan.

Uudelle johtamistavalle onkin edellytyksenä laskentatoimen tulosten käyttöönotto suunnittelussa ja johtamisessa sekä sen toimintaedellytysten vahvistaminen.



## 4.2 Sote-alueiden keskinäinen vertailu

Tarkastelemme seuraavassa ensin sote-alueiden vertailussa tarvittavia indikaattoreita. Näiden jälkeen pohdimme sote-alueen toiminnan ohjaamisen tueksi tarvittavia indikaattoreita. Näiden lisäksi tarvitaan toki paljon muutaakin tietoa ja erilaisia rekistereitä eri tarkoituksiin, mutta tämän raportin fokus on siis sote-alueen tasolla, niiden vertailussa ja toiminnan johtamisessa.

Sote-alueiden vertailu merkitsee OECD:n Health at Glance -tyyppistä raporttia, jossa eri maiden tilalla on sote-alueet. Kuten OECD:n vertailussa, sote-alueiden vertailussa tulisi tarkastella väestön terveydentilaa joillakin valituilla indikaattoreilla. OECD käyttää mm. eliniän odotteita sekä kuolleisuutta sydän- ja verisuonitauteihin. Näiden lisäksi verrataan riskitekijöitä, kuten aikuisten tupakointia, alkoholin kulutusta ja ylipainoisten osuutta väestöstä. Suomessa eri alueilla on hyvin erilaiset kuolinsyyt. Näiden seuraaminen ja tavoitteiden asettaminen on maakunnallisen soten keskeisiä tehtäviä. Kuolinsyitä, joita tulisi seurata, ovat ns. estettävät kuolemat alle 75-vuotiailla, alkoholikuolemat keski-ikäisillä henkilöillä, tupakoinnista johtuvat keuhkosityövät jne. Usein nämä liittyvät muihin sosiaalisiin ongelmiin. Niitä ei pystytä selvittämään pelkästään terveydenhuollon keinoin, vaan siihen vaaditaan alueellista sosiaalipolitiikkaa. Tähän antaa uusi lainsäädäntö hyviä mahdollisuuksia.

Palvelujen saatavuuden osalta OECD:n raportissa vertailua tehdään mm. sen suhteen, kuinka kauan valittuihin toimenpiteisiin joudutaan jonottamaan, sekä arvioimalla tyydyttämättä jäänyttä palveluiden kysyntää. Suomessa paljon keskustelua herättänyt pääsy perusterveydenhuollon vastaanotolle voisi toimia yhtenä saatavuutta kuvaavana indikaattorina. Laadun indikaattoreina OECD käyttää mm. infarkteihin kuolleisuutta ja eri syöpiin sairastuneiden eloonjäämistä. OECD:n mittaripatteristossa on vain yksi asiakkaan kokemaa laatua kuvaava indikaattori, emmekä mekään näe tämän olevan sote-alueiden vertailussa se kaikkein keskeisin ulottuvuus. Sen sijaan tämä ulottuvuus korostuu, kun arvioidaan yksittäisten palveluntarjoajien toimintaa.

Kustannusten ja resurssien kulutuksen osalta indikaattoreina ovat mm. kustannus per asukas, henkilökunnan määrä per asukas, MRI- ja CT-laitteiden määrä per asukas. Suomessa SITRA on kehitellyt palvelupaketteja sote-alueiden toiminnan ja kustannusten vertailuun. Näiden avulla voidaan

alueittain verrata tuotettujen palveluiden määrää sekä niistä aiheutuneita kustannuksia. Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi OECD:n raportti vertailee työvoimaa (mm. lääkäreiden ja hoitajien määrää) sekä toimintaa kuvaavia tietoja, kuten lääkärisäkäyntimääriä, tiettyjen toimenpiteiden määriä (esim. keisarinleikkaukset), sairaalapaikkojen määriä ja keskimääristä sairaalassaoloaika. Samoin lääkkeiden käytöstä ja kustannuksista sekä ikäänymisestä ja pitkä-aikaisesta hoidosta löytyy vertailuja.

Erityisesti erilaiset toiminnan määriä kuvaavat luvut palvelupakettien lisäksi suhteessa populaatioon olisivat Suomessa tarpeen, jotta merkittävä alueellinen vaihtelu, joka ei johdu sairastavuudesta, olisi koko ajan esillä. Samoin voisi olla hyvä vertailla käytössä olevaa kiinteistömassaa sekä vuotuisia investointeja. Haluamme tässä yhteydessä korostaa sitä, että kustannusten ja tehokkuuden täytyy tämän sote-uudistuksen yhteydessä nousta samanarvoiseen asemaan laadun ja saatavuuden kanssa. Muuten meillä ei ole mitään toivoa saavuttaa tuota 3 miljardin säästötavoitetta. Hyviä indikaattoriehdokkaita näiden vertailujen suorittamiseen löytyy mm. luvusta 1.3, jossa on käyty läpi tässä tunnuslukuprojektissa käytetyt mittarit.

Tilastoviranomaisen tehtäväksi on annettava tuottaa sote-alueiden kehitystä seuraava ja vertaava raportti. Sen lisäksi, että sote-alueiden johto pysyy raporttien avulla seuraamaan oman alueensa kehitystä suhteessa muiden alueiden kehitykseen, indikaattorit voivat toimia tukena, kun alueille asetetaan tavoitteita – joko johdon omasta toimesta tai poliittisen johdon tai valtion toimesta. Valtion ei tulisi kustantaa jonkin sote-alueen selvästi muita suurempaa palvelutuotantoa (väestöön ja sairastavuuteen suhteutettuna), vaan sote-järjestäjän tulisi keksiä keinot, millä ylituotanto saadaan kuriin.

Uskomme vahvasti siihen, että jos sote-alueiden toiminnasta kyetään tuottamaan edellä kuvatun kaltainen vertaileva tietopaketti vuosittain, alueiden johto pyrkii siihen, että oma alue ei ole vertailussa aina heikoimpien joukossa. Kun vertailuissa on mukana myös kustannukset ja resurssien käyttö, käy ilmeiseksi, että tie parempiin suorituksiin ei usein suinkaan käy syyttämällä systeemiin lisää rahaa ja resursseja, vaan puuttumalla siihen, mitä tehdään ja miten tehdään.

### 4.3 Sote-verkoston strateginen johtaminen

Sote-alue muodostaa palveluverkon. Nähdäksemme työn sote-alueella tulisi lähteä liikkeelle pitkän aikavälin suunnittelusta, jossa alueen kehitykselle asetetaan selkeät mitattavat tavoitteet ja luodaan strategia, jolla tavoitteisiin pyritään. Näiden tavoitteiden tulisi olla sekä väestön terveyteen liittyviä että maakunnallisen palveluorganisaation toimintaan liittyviä. Usein yrityksissä tavoitteet tai tahtotila vastaa kysymykseen, minkälainen toimija/organisaatio haluamme olla muutaman vuoden päästä (esim. markkinaosuus  $x$  %, sijoitetun pääoman tuotto  $y$  %). Sote-alueilla tätä pohdittaessa voidaan ottaa kantaa vaikkapa saavutettavuustavoitteisiin (esim. lääkärin vastaanotolle pääsee päivässä), mutta ehdottomasti myös siihen, millä kustannustasolla palvelut tulee muutaman vuoden horisontilla tuottaa. Kun tahtotila on määritelty, ryhdytään pohtimaan keinoja eli strategiaa, jolla siihen pyritään. Näitä voivat olla esimerkiksi erilaiset ennaltaehkäisyyn tähtäävät toimenpideohjelmat, kuntoutuksen tehostaminen ja laitospaikkojen purkaminen.

Väestön terveyden tahtotilaa kuvaavat mitattavat tavoitteet tuskin voivat poiketa merkittävästi niistä tekijöistä, joita sote-alueiden keskinäisessä vertailussakin käytetään. Samaten voisi kuvitella, että mittarit, joilla kuvataan toiminnan tahtotilaa, ovat pitkälti samoja eri sote-alueilla, joskin tavoitearvot voivat vaihdella. Sen sijaan eri sote-alueet voivat strategisissa suunnitelmissaan päätyä erilaisiin keinoihin, joilla tavoitteisiin pyritään. Näiltä osin tunnuslukujen tulisi kuvata strategiaa eli sitä, kuinka näiden keinojen toimeenpanossa edistytään. Näistä pitkän aikavälin tavoitteista (visioista) ja keinoista (strategiasta) voidaan siis johtaa sote-alueille muutamia keskeisiä indikaattoreita sisältävä mittaristo, jolla voidaan seurata strategian toimeenpanon edistymistä sekä sitä, tuottaako strategia toivottuja tuloksia.

Strategiseen suunnitteluun kuuluvat luonnollisesti myös pitkän tähtäimen rakennusinvestoinnit sekä panostus henkilökuntaan ja sen osaamiseen. Näitä voidaan pyrkiä joissakin tapauksissa myös mittaamaan, tai sitten niiden etenemistä voidaan seurata suhteessa suunnitelmiin. Useat monivuotiset yhteistyösopimukset merkitsevät myös strategisista päätöksistä, ja näitä solmittaessa niillä tavoiteltavat hyödyt tulee olla kirkkaina mielessä, ja ne tulisi kirjata mukaan sopimuksiin.

Maakuntatason palvelujärjestelmän vuosittainen suunnittelu ja toiminnan seuraaminen on toinen maakuntatason tehtävä. Vuosisuunnitelma sisältää mitattavan toimintaohjelman, joka on määritelty tulosindikaattoreilla, joita käytetään sekä ohjelmien suunnitteluun että tuloksen seurantaan. Strategiset tavoitteet nivELYvät suunnitelmaan indikaattoreilla, jotka kuvaavat panoksia, toimintaa, toiminnan tehokkuutta ja tuotoksia. Tulosten seuranta tapahtuu strategisten mittareiden avulla. Looginen vuotuinen toimintamalli rakentuu seuraavista tekijöistä:

1. Panokset: resurssit, joita järjestelmä käyttää saavuttaakseen tuloksen
2. Toiminta: prosessit ja toimenpiteet, joilla tavoitteet saavutetaan
3. Toiminnan tehokkuus: kuinka tehokkaasti toimet suoritetaan
4. Suoritteet: tuotteet, palvelut tai välittömät tulokset

Tämä merkitsee myös sitä, että yksiköiden asemasta on laskettava alueen toiminta yhteen ja tarkasteltava sitä toiminnallisena kokonaisuutena. Tällöin on laskettava sen kapasiteetti ja suoritteet yhteen. Tämä ajattelu on uutta nykyiselle pirstoutuneelle organisaatiolle. Tähän sopivia tunnuslukuja ovat esimerkiksi:

- Panos: euroja/asukas, alueen kokonaistyöntekijämäärä, päivystävien lääkäreiden lukumäärä
- Toiminta: käyntejä asukasta kohti, hoitajaksoja asukasta kohti
- Toiminnan tehokkuus: käyntejä asukasta kohti tunnissa, tarpeettomat sairaalaan otot vähenevät
- Tuotos: vähentyneitä influenssatapauksia, hoidettuja ja kuntoutettuja yksilöitä

Oletamme siis, että kunkin palvelun tuottaja johtaa omaa toimintaansa ja sote-alueen johdon tehtävänä on varmistaa toisaalta palvelujen riittävä saatavuus ja laatu valtion alueelle myöntämällä rahamäärällä ja toisaalta alueen terveyden ja hyvinvoinnin suotuisa kehittyminen asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Osalle palveluista löytyy useampia kilpailevia palveluntarjoajia. Mikäli näiden palveluiden osalta palveluiden hinnalle asetetaan katto, sote-alueen johtoa kuten valintaa tekeviä kansalaisiakin kiinnostaa varmasti palveluiden tuottajien laatu ja palvelujen saatavuus. Alueen

johdon tulisi pystyä varmistamaan, että palvelulla on sama laatu sote-piirissä riippumatta siitä, missä pisteessä ja minkä tuottajan toimesta palvelu tuotetaan. Tämän kaltaista toimijakohtaista vertailutietoa tarvitaan sote-alueen johdossa.

Osalle toiminnoista taas ei välttämättä löydy useampaa palveluntuottajaa, tai tuotanto ei ole toiminnallisesti ja/tai taloudellisesti järkevää kuin yhden toimijan tuottamana (synnytysten keskittäminen yhteen sairaalaan, päivystysleikkaukset jne.), jolloin sote-alueen johto joutuu keskustelemaan ko. palveluntuottajan kanssa niin toimintaan käytettävistä resursseista kuin noudatettavista toimintatavoista ja vertaamaan näitä muiden sote-alueiden vastaavien toimintojen suoriutumiseen. Tässäkin sote-alueen johdon tulee edellyttää palveluntuottajilta tunnusluvuin tuotettua tietoa toiminnastaan, jotta tavoitteista voidaan sopia yhdessä ja ryhtyä tarvittaessa korjaaviin toimenpiteisiin.

Jotta erityisesti kustannusten hallinta sote-alueilla olisi mahdollista, johto tarvitsee tietopaketin, joka sisältää kustannustietoa, suoritettua sekä tarvearvioita tuotantoyksiköittäin samalla tavalla kuin liikkeenjohdossa. Läpimenoajat, leikkaussalien kapasiteetit ja käyttöasteet, työmäärät, tilat ja yksikkökustannukset kuuluvat johtamiseen. Tyypillisiä indikaattoreita ovat esimerkiksi seuraavat:

- suoritettujen diagnostisten tai hoitotoimenpiteiden lukumäärä väestöön suhteutettuna
- käyntien tai toimenpiteiden määrä lääkäriä kohden
- toimenpiteen keskimääräinen kesto ja havaittujen ongelmien määrä
- toimenpiteen keskimääräinen kustannus
- tavoiteajassa suoritettujen toimenpiteiden prosenttiosuus kaikista toimenpiteistä
- jonotusajat
- välittömät ja välilliset kustannukset eriteltyinä
- sote-alueen työvoiman rakenne myös väestöön suhteutettuna
- virhesuoritusten määrä prosentteina kaikista suorituksista.

Sote-alueen johtamisen tueksi tulisi siis määrittää joukko mittareita, jotka kuvaavat strategisia tavoitteita, sekä strategioita, joilla tavoitteisiin pyritään.

Näiden lisäksi johto tarvitsee toimijakohtaisia tietoja saatavuudesta, laadusta, laajuudesta, tehokkuudesta ja kustannuksista riippuen toimijan luonteesta, jotta palveluiden tuotannosta ja niistä maksettavista korvauksista voidaan sopia.

Edellisten lisäksi Suomessa on paljon toimenpide-, tauti- ja menetelmärekistereitä, jotka palvelevat tutkimusta, kehitystä ja lääketieteellistä laatua. Rekisteri on tarkoitettu hoidon ja palvelujen laadun kuvaamiseen. Näiden käyttäjinä on ensisijaisesti lääketieteellinen johto sekä tutkimus. Tieto perustuu henkilötunnukseen. Suomen erinomaiset syövänhoitotulokset eivät olisi mahdollisia ilman sitä, että meillä on yksi maailman parhaista syöpärekistereistä. Tämä on osoitus siitä, että hyvät rekisterit ovat välttämättömiä. Niiden ylläpidossa yliopistosairaaloiden roolia ja yhteistyötä THL:n kanssa tulisi kehittää.

#### **4.4 Tarvitaan todellista johtamista ja rohkeaa päätöksentekoa heti**

Eksoten esimerkki on tunnettu, mutta samankaltaisia tuloksia voidaan saavuttaa myös pienemmässä mittakaavassa. Kuntayhtymä Kaksineuvoinen on Evijärven ja Lappajärven kuntien sekä Kauhavan kaupungin muodostama perusturvan kuntayhtymä, joka tuottaa kunnille sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut. Vuonna 2016 asukas pohja oli 22 500, ja heistä yli 75-vuotiaita oli 2 825.

Vuonna 2013 päätettiin uudistaa vanhuspalveluiden tuotanto. Vuosien 2014–2016 välillä toteutettiin kuntayhtymä Kaksineuvoisessa isoja rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia sekä ikäihmisten palveluissa että terveyspalveluissa. Muutoksen on mahdollistanut johtoryhmän uudistus ja johtamistavan muutos sekä sen mukana tullut vahva johtajuus ja tiedolla johtaminen. Johtajuuden lisäksi on muutettu organisaatorakennetta ja avattu kaikkien esimiesten toimenkuvat ja vastuut. Kotihoitoon luotiin toiminnalliset tiimit, ja tiiminvetäjillä on hoidollinen vastuu asiakkaista. Samalla lähdettiin seuraamaan työntekijöiden välitöntä työaika. Asettamalla tavoitteita ja seuraamalla tilannetta on työntekijöiden välitön työaika saatu nousemaan 40 %:sta yli 60 %:iin.

Rakenteellisessa muutoksessa palveluasumisen paikat on siirretty kotihoidoksi. Samalla kotihoitoon on käynnistetty yöpartiotoiminta, jolloin asiakkaat saavat tarvittaessa avun myös yöaikaan. Laitoshoidon 146 paikkaa on lopetettu, ja samaan aikaan on tehostetun palveluasumisen paikkamäärä noussut 71:een. Näistä tehostetun palveluasumisen paikoista käytetään tällä hetkellä 24 lyhytaikaiseen hoitoon omaishoitajien työn tukemiseksi. Omaishoidon kattavuutta ja omaishoitajien tukitoimia on kehitetty. Tehtyjen rakenteellisten muutoksien avulla on säännöllisten palvelujen piirissä 300 ikäihmistä enemmän.

## Taulukko 8.

Muutos Kaksineuvoisen palvelutuotannossa 2013–2016.

ASUMISPALVELUJEN PAIKAT	2013	2016	MUUTOS	MUUTOS-%
Palveluasuminen, ostopalvelut	164	22	-142	-87 %
Tehostettu palveluasuminen	226	297	71	31 %
Laitoshoido	149	3	-146	-98 %
Paikat yhteensä	539	322	-217	-40 %
Intervallihoido		24		

Muutos näkyy 3,6 miljoonan euron säästönä kuntien taloudessa tilinpäätös-vuosina 2014–2015. Vuonna 2015 kotihoidon säännöllisen asiakkaan vuosikustannus oli 7 500 euroa, tehostetun palveluasumisen asiakkaan 3 500 euroa ja laitoshoidon asiakkaan 46 000 euroa kuntalaskutuksen nettohintana. Lähtötilanne oli 539 palvelupaikkaa yhteensä, eli 19 % yli 75-vuotiaista oli alkutilanteessa kodin ulkopuolisten palveluiden piirissä. Kahden vuoden työn tuloksena luku on saatu tasolle 322, jossa 89 % yli 75-vuotiaista asuu omassa kodissaan.

Tulos on mittava. Jos osa sote-energiasta suunnattaisiin todelliseen muutokseen, voitaisiin Kauhavan kaupungin esimerkkiä noudattaen saada vanhuspalveluiden rakennemuutos toteutettua kahdessa vuodessa eli vuosina 2017 ja 2018. Samalla tämä merkitsisi koko valtakunnan tasolla noin 750 milj. euron säästöä ja vanhukset voisivat paremmin.

Tämä edellyttää paikallistason johtajuutta, mutta onko sitä?

## **4.5 Tunnusluville ja johtamiselle on asetettava kunnianhimoisia tavoitteita**

On ilmeistä, että paras tulos saavutetaan, jos tavoitteet asetetaan ylätasolle, mutta toteutus tehdään paikallisesti soveltaen toimintamalleja vallitseviin olosuhteisiin. Ylätason tavoitteiden on oltava riittävän kunnianhimoiset, jotta tuloksia saavutetaan. Hollannissa valtio, elinkeinoelämä ja työntekijäjärjestöt päättivät vuonna 2014 yhdessä siitä, että soten kasvu katkaistaan ja vuoden 2015 budjetti tehdään 9 % pienemmälle kustannustasolle. Yhteen veto tuloksista ei vielä ole valmistunut, mutta leikkaus pääsääntöisesti onnistui. Se on nyt johtamassa sairaalafuusioihin, sairaaloiden yhteistyöhön ja moniin muihin rakenteellisiin muutoksiin.

Jos Suomessa uusia sote-alueita perustettaessa niille osoitettava rahamäärä määritetään sen mukaan, kuinka paljon alueella palveluihin on nyt historiallisesti käytetty rahaa, hyväksytään samalla nykyinen ylituotanto ja kalliit toimintatavat. Tällöin tulee kysyä, mistä säästöt aiotaan saada aikaan ja mitkä ovat mekanismit. Jos historiallinen rahamäärä perustamisvaiheessa on poliittinen realiteetti, tulisi rahan jaon jatkossa perustua tehokkaimpien alueiden kustannustasoon. Lakiluonnoksessa maakuntien rahoituksen ehdotetaan määräytyvän siirtymäajan jälkeen pääsääntöisesti väestön tarpeisiin perustuvan laskennallisen mallin avulla. Katsomme, että tämä on hyvä lähtökohta rahoituksen määräytymiseksi. Toisaalta, koska tavoitteena on vain kustannusten kasvun hillitseminen, ei suoraanaisesti säästöt, on ilmeistä, että laskentamalli on kalibroitu siten, että se ottaa keskimääräisen kustannustason lähtökohdaksi. Näin malli ei pakota tai kannusta heikoimpia alueita omaksumaan parhaiden alueiden käytäntöjä kovinkaan aggressiivisesti. Kuten jo johdannossa totesimme, nähdäksemme Suomessa tulisi tavoitella reaalisia säästöjä, ei vain kustannusten kasvun hidastamista. Tällöin mallin maakunnille myöntämä rahoitus tulisi kalibroida vastaamaan nyt tehokkaimpien alueiden tasoa, ei Suomen keskitasoa.

Sekä valtion sote-alueiden ohjauksessa että sote-alueilla sisäisesti kaikille tunnusluville vertailutasot on otettava tehokkaimmasta toimintamallista, ei paikallisesta historiasta. 18 sote-alueen vertailutiedot luovat hyvän pohjan, mikäli ne tuotetaan niin kuin tässä raportissa on esitetty.



Liitteessä 3 on kuvattu erään yksittäisen toimijan tapa johtaa aikaan perustuvilla tavoitteilla. Tämän kaltaista selkeää tavoitteellista toiminnan johtamista toivoisimme jatkossa näkevämme entistä enemmän myös suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

## 4.6 Tunnusluvuille on asetettava laatuvaatimuksia

Olemme jo moneen otteeseen todenneet, että sote-alueilla johtamisen tulisi olla tavoitteellista. Liikkeenjohdon kirjallisuudessa (mm. Doran 1981) on pitkään käytetty lyhennettä SMART kuvaamaan tavoitteille asetettavia laatuvaatimuksia. USAIDin raportissa Developing Key Performance Indicators for Health Sector Managers tämän on tulkittu koskevan myös yleisemmin tunnuslukuja. Ajatusta valaisevat seuraavat esimerkit:

- Täsmällisyys (specific). Esimerkiksi indikaattori ”rokotettuja lapsia on 1 000” ei välttämättä ole tavoitteena riittävän täsmällinen. Täsmällisempi olisi ”80 % lapsista, joiden ikä on 0–24 kk, on rokotettu”.
- Mitattavuus (measurable). Jos 65 % aikuisväestöstä ilmoittaa olevansa terveiden elintapojen kannattaja, tämä tuskin kertoo vielä paljoakaan terveiden elintapojen noudattamisesta eikä siksi toimi hyvin tavoitteena. Tarvitaan tarkempi määritelmä ”65 % aikuisväestöstä iältään 18–54 vuotta raportoi harrastavansa kuntoutuvaa toimintaa 30 minuuttia ainakin kolme kertaa viikossa”.
- Saavutettavuus (achievable). Tavoite ”ei kuolleina syntyneitä lapsia” on epärealistinen, koska se ei ole saavutettavissa. Mielekkäämpi tavoite voisi olla esimerkiksi rajoittaa lapsikuolleisuus alle yhteen prosenttiin.
- Olennaisuus (relevant). Tupakoinnin vastustamiseen käytetty rahamäärä ei ole olennainen tavoiteltava asia, keuhkosityöpien määrän pieneneminen taas on.
- Aikaan sidottu (time-bound). Mihin mennessä meidän tulee onnistua rajoittamaan lapsikuolleisuus alle yhden prosentin?

Esimerkkinä käytettyjen käsitteiden ongelmasta voidaan tarkastella vanhuspalvelulain käsitteitä edellä olevan listan valossa. Vanhuspalvelulain yhtey-

dessä on määritelty kaksi käsitettä. Toinen on tavoite, jonka mukaan 91–92 % yli 75-vuotiaista asuisi kotona. Toinen koskee henkilökunnan mitoitusta, joka keskusteluissa on 0,3–0,5 henkilön välillä yhtä vanhusta kohti laitoksen nimestä riippuen. Pienen mietinnän tuloksena saadaan seuraavia näkökulmia.

Yli 75-vuotiaiden määrä on täsmällinen ja mitattava luku. Mutta onko se relevantti? Koko maan kaikkien THL:n HILMO-rekisteristä löytyvien laitoksissa olevien henkilöiden keski-ikä oli 82 vuotta. Useissa maissa käytetäänkin palvelumitoituksen rajana 80 vuotta. Hollannin 24h/7d-laitospaikkamitoitus on 10 % yli 80-vuotiaista, eli Suomen 289 000 yli 80-vuotiaista vanhusta tarvitsisi 28 900 laitospaikkaa. Kun yli 75-vuotiaita on nyt 501 000, on kodin ulkopuolisen asumisen tarve lain mukaisella mitoituksella 40 000–45 000 paikkaa. Johtaako epäolennainen mitoitus ylisuureen järjestelmään?

Erilaista kodin ulkopuolista asumista oli 31.12.2014 yhteensä noin 58 000 paikkaa eli noin 13 000–18 000 paikkaa yli tarpeen. Vanhuspalvelulain mittari ei ole aikaan sidottu, koska tavoiteaika, jolloin nykytilanteesta päästään 91–92 %:n tasolle, ei ole määritelty. Hollannin mitoitustaso on saavutettavissa kuten Eksoten esimerkki osoittaa. Vanhushuollon modernisointi merkitsee lähes miljardia euroa ja on siten keskeinen osa sote-sektorin kestävyysvajeen supistamista. Siksi ylimääräiselle laitoshoidon purkamiselle on asetettava tavoiteaika.

Oma kysymyksensä on, onko yleensä väestöön perustuva mitoitus olennainen? Eläkeläiset jakautuvat kahteen ryhmään: terveet seniorit ja kuolemaan päättävä raihnainen vanhus. Pienellä mietinnällä tulee selväksi, että järkevämpi kuin ikään liittyvä mitoitus olisi mitoittaa palvelut kuolemien mukaan. Palvelutarve kasvaa noin kaksi vuotta ennen kuolemaa. Tämä samalla muuttaa kokonaiskuvaa vanhuspalveluista. Kun suuri ikäluokka ikääntyy, kasvaa 75-vuotiaiden määrä kaksinkertaiseksi. Kuolemien määrä yli 75-vuotiaiden keskuudessa kasvaa kuitenkin vain 30 %. Näin ollen yli 75-vuotiaille suunnattujen palvelujen kasvutarve ei ole kaksinkertainen vaan lähellä 30 %:a.

Henkilökunnan määrä vanhusta tai paikkaa kohti on tavallinen mitoitusta koskeva luku. Kun luku sidotaan laitoksen nimeen, kuten vanhuspalvelulaki

tekee, syntyy ongelmia. Kun tällä hetkellä keskustellaan palveluasuntojen mitoituksesta, unohdetaan, että palvelutarve riippuu vanhusten hoitoisuudesta. Useissa kunnissa on tällä hetkellä 15–18 % yli 75-vuotiaasta väestöstä laitoksissa. Tämä merkitsee, että henkilöt ovat itsehoitoisempia ja vähemmän työmäärää vaativia kuin vanhuspalvelulain tarkoittamassa tilanteessa, jossa 92 % vanhuksista asuisi kotona. Henkilökunta-mitoitus ei ole tällä tavalla mitattava suure, koska vanhusten hoitotarve vaihtelee.

Kodin ulkopuolista ympärivuorokautista asumista on varattava 8 %:lle yli 75-vuotiaiden määrästä (tai 10 %:lle yli 80-vuotiaiden määrästä). Vain tämä osa hoidosta tarvitsee 0,5 henkilöä vanhusta kohti. Jos vanhuksia on enemmän palvelujärjestelmässä, ovat he terveempiä ja helppohoitoisempia ja tarvitsevat vähemmän hoitohenkilökuntaa.

Olisiko oikeampi mitoitus määritellä vanhushuollon käytettävissä oleva henkilökunnan kokonaismäärä yli 80-vuotiaiden asukkaiden määrän avulla ja jättää laitos- ja kotipalvelutyöntekijöiden määrä ja toimintamalli paikallisesti ratkaistavaksi?

## **4.7 Tarvitaan luotettavaa ja jalostettua tietoa**

Sote-johtaminen on tiedolla johtamista. Tietotarve on erilainen eri tehtävissä. Lääkärit tarvitsevat potilashoidon tuloksellisuutta ja prosessien tehokkuutta mittaavia tietoja. Suunnittelijat tarvitsevat resurssitietoja, poliitikot tulostietoja. Poliitikkojen tarve koskee myös väestön terveydentilan muutoksia. Esimerkiksi ennaltaehkäisevän terveydenhuollon onnistuminen näkyy usean vuoden jälkeen. Tuotannossa toimivien lääkäreiden, hoitajien ja sosiaalityöntekijöiden on hyvä ymmärtää, että sote-alueen johtamisessa tarvittavat tiedot on pitkälti pakko tuottaa ja kerätä sieltä, missä varsinainen työ tehdään. Kaikkea tätä tietoa ei aina voi mitenkään hyödyntää operatiivisen toiminnan kehittämisessä. Tiedon tuottaminen voi siksi tuntua tarpeettomalta byrokratialta, mutta viimekädessä vain oikea tieto voi auttaa luomaan maamme tasolla järjestelmän, joka ohjaa rajallisten resurssien käyttöä siten, että terveys- ja hyvinvointihyödyt maksimoituvat. Siksi olisikin tärkeää, että tietojen oikeaan kirjaamiseen ja rekisteröintiin

suhtaudutaan vakavasti. Tässä auttaa se, että rahojen ja resurssien jakaminen kytketään raportoituihin tunnuslukuihin. Koska kirjaamisestakin aiheutuu kustannuksia ja vaivaa, tulisi hallinnollisiin tarkoituksiin tarvittavien indikaattoreiden määrä pitää mahdollisimman pienenä.

Tunnuslukuprojektin aikana tuli selväksi, että perinteinen hierarkkinen tilastointijärjestelmä, joka alkaa valtakunnan tasolla tilastollisen vuosikirjan palvelun kokonaisluvusta ja päättyy yksittäisen kunnan terveydenhuollon työntekijän virkanimikkeen rekisteröintiin, ei ole nykyisessä muodossaan riittävä. Tarvitaan kokonaan uusi keskitetty raporttiorientoitunut tietotuotanto. Tiedot tulee ryhmitellä toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi, kuten olemme yllä esittäneet. Tarvittaessa on yhdistettävä eri rekisterejä. Nyky-aikana olisi kohtuullista, että siirryttäisiin sähköiseen tiedonkeruuseen ja edellisen vuoden tiedot olisivat keväällä käytettävissä.

Valtiovarainministeriö kiinnitti jokin aika sitten huomiota valtionhallinnossa oleviin tilastoihin ja rekistereihin sekä laajemmin tietojenkäsittelyyn todeten siellä päällekkäisyyksiä ja kustannussäästön mahdollisuuksia. Tämä pitää mitä suurimmassa määrin paikkansa terveydenhuollon tietojenkäsittelyn osalta.

Terveydenhuollon päätilastotuottajina ovat THL, Tilastokeskus ja Kela, ja näillä kaikilla on omat hiukan toisistaan poikkeavat asiakastietoportaalit. Näistä kehittynein on Tilastokeskuksen väestötilastoissa käyttämä portaali. Se on selkeä, nopea ja monipuolinen. Myös Kelan ja THL:n portaalit pyrkivät tuottamaan vastaavan tiedon, mutta ne ovat Tilastokeskuksen järjestelmään verrattuna kömpelöitä. Tilastokeskuksen tekniset resurssit ja ohjelmat pitäisi ottaa sosiaali- ja terveydenhuollon tilastoinnissa käyttöön. Käytännössä se merkitsisi sitä, että THL:n ja Tilastokeskuksen resurssit tältä osin teknisellä tasolla yhdistettäisiin. Kela voisi toimia yhteistyössä siten, että yhdestä ja samasta käyttöliittymästä saataisiin myös Kelan palvelujärjestelmään liittyvät tiedot.

Ehdotuksemme on, että tilastotuotanto järjestetään perustamalla uusi yhteistoimintayksikkö. Tämän yksikön tehtävänä olisi luoda tarvittava alueellinen tietokokonaisuus, yhdistää Kelan ja THL:n rekisterien ja uudelleen kerättävien kustannus- ja suoritettietojen tiedot yhdeksi sote-kokonaisuudeksi. Sote-alueiden johto olisi edustettuna tässä organisaatiossa. Näin

tietojen tarvitsijoilla olisi yksi organisaatio, joka hoitaisi asiakaspalvelun. Toimintamalli voisi olla seuraava:

- Sote-alueiden tuotannon ohjausta varten tarvittavat tiedot tulisi kerätä Tilastokeskuksen toimesta, joka yhdistäisi eri tuottajatahojen tilastot toiminnalliseksi kokonaisuudeksi sote-alueiden käyttöön.
- Henkilötunnukseen ja potilastietojärjestelmiin perustuvat rekisterit hallinnoidaan omassa yksikössään kiinteässä yhteistyössä yliopistosairaaloiden kanssa. Yksikön voivat omistaa sekä Kela että THL.
- Analyysia varten tarvitaan ryhmä, jonka tehtävänä olisi tuottaa vuosittain OECD:n Health at Glance -julkaisua vastaava julkaisu, joka kuvaisi sote-alueiden toimintaa. Julkaisu sisältää toiminnan perustiedot kattavasti. Jokaiselle osa-alueelle tarvitaan asiantuntijoiden tekemä johdanto, jossa arvioidaan sote-alueiden toiminta.

Tämä raportti ei ota kantaa tulosten esittämistapaan. Mutta kun nyt keskustellaan valtakunnallisesta tilastoinnin päällekkäisyydestä, tuntuisi siltä, että Tilastokeskuksen, THL:n ja Kelan kannattaisi pyrkiä yhden yhtenäisen asiakasportaalien käyttöön.

## 5 Yhteenveto

Tätä kirjoitettaessa sote-uudistuksella tavoitellaan edelleen 3 miljardin säästöä. Säästäminen tapahtuu siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon menoja kasvatetaan reaalisesti ensimmäisenä vuonna 1 % ja sen jälkeen 0,9 %. Tämä summa on reaalikasvua, ja sen päälle tulee inflaatiokorjaus. Säästö syntyy siten, että sotien ajatellaan kasvavan ilman uudistusta 4–4,5 % vuodessa. Kun tämä kasvu pienennetään 0,9 %:iin, syntyy kymmenessä vuodessa 3 miljardin säästö.

Sekä VM:n että STM:n virkamiehet kuten myös lukuisat terveydenhuollon johto- ja asiantuntijatehtävissä toimivat näyttävät lähtevän ajatuksesta, että sote-menojen kasvu on väistämätön tosiasia. Jo tämän kasvun hidastamista pidetään voittona. Lausuntokierroksella olleessa lakiluonnoksessa esitetään, että valtio rahoittaa sektoria tulevaisuudessa tarveperusteisesti, mutta nykyinen kustannustaso toimii referenssinä. Kun kasvu otetaan annettuna ja tyydytään vain hidastamaan sitä ja nykyinen kustannustaso toimii lähtökohtana, sote-sektori poiketen kaikista muista julkisen sektorin alueista ei joudu tarkistamaan menettelytapojaan. Säästö on siis tulevaisuuden kasvusäästöä eli todellisuudessa kasvua, mutta mikä on se ”luonnonlaki”, joka määrää, että sote-sektorin yleensä pitää kasvaa?

Me olemme kasvusta eri mieltä. Ainakin lyhyellä aikavälillä eli seuraavan kymmenen vuoden aikana meillä olisi mahdollisuus myös oikeisiin säästöihin.

Tämän projektin aikana olemme esittäneet havaintojemme pohjalta erilaisia toimia, joilla sote-sektorin tuottavuutta voitaisiin parantaa laadun kärsimättä ja joilla olisi mahdollista myös säästää sektorin kuluissa. Näistä tärkeimpiä ovat seuraavat:

- Toimenpiteiden ja resurssien alueellinen selittämätön vaihtelu kertoimella 2–5. Joillakin alueilla on runsaasti ylikäyttöä, ja joillakin alueilla saattaa olla vajetta. Tähän tulisi puuttua.
- Terveyskeskussairaalan toimintamallin muuttaminen ja keskittäminen kuntouttavaksi lähisairaalaksi.
- Kodin ulkopuolinen vanhuspalvelujärjestelmä on ylisuuri. Vanhuspalvelulain mukaan sen pitäisi olla noin 40 000 paikkaa, nyt se on 58 000 paikkaa eli noin 18 000 paikkaa yli tavoitetason. Puretaan ylimääräiset paikat.
- Ahtaat palvelurakennukset, joissa vanhuksilla ei ole mahdollisuutta ylläpitää kuntoaan, ja kuntoutumismahdollisuuksien puute, koska ARA ei ole hyväksynyt kuntoutumistiloja palveluasuntoihin. Panostetaan vanhusten asumiseen ja kuntoutukseen.
- Laboratorio- ja röntgentutkimusten ylihinnointi ja niiden hallitsematon käyttö. Jos eurooppalaisessa laboratoriossa saatu referenssihintaa on keskimäärin alle euron ja työterveyshuollossa terveitten ihmisten vuotuiset laboratorionäytteet maksavat keskimäärin lähes 20 euroa/kpl, on kyseessä merkittävä kustannusvuoto.
- Muun kuin lääketieteellisen suuri osuus, jopa yli 25 % henkilökunnasta. Kansainvälinen taso on yleensä alle 15 %.
- Jos leikkaustoimintaa keskitetään 12 sairaalaan, on saavutettavissa kustannushyötyä, joka on käytettävä kestävyysvajeen pienentämiseen.

Pääosa sote-sektorin 3 miljardin euron panoksesta kestävyysvajeeseen olisi saavutettavissa vuosina 2017–2025 tehostamalla toimintaa eli vähentämällä tarpeettomia suoritteita ja hoivaa ja lisäämällä tarpeellisten suoritteiden tuotannon tehokkuutta ja ottamalla eläköitymisen vuoksi vapautuville vakansseille vain erityisistä syistä uusia viranhaltijoita. Pääosalla tästä kestävyys-

vajeen säästöpaketista ei olisi lainkaan negatiivista vaikutusta hoidon laatuun, ja joissakin tapauksissa laatu jopa paranisi, kuten olemme aikaisemmissa raporteissamme osoittaneet.

Kyseessä on johtamisen ongelma. Toimijoiden pitää pystyä vertaamaan oman toiminnan suoritusta muiden vastaavien toimijoiden suoritukseen niin kotimaassa kuin kansainvälisestikin. Toisaalta toimijoiden tulee olla ”tulostavuuksessa” toimintansa suotuisasta kehittymisestä. Tähän tarvitaan erilaisia tunnuslukuja ja niille referenssiarvoja. Läpinäkyvä suorituksenmittaus ja tulostavuuksien takaavat laadun ja tuottavuuden kehityksen myös jatkossa. Tähän mennessä luotettavaa ja helposti saatavaa vertailutietoa ei ole ollut saatavilla. Työntekijämääriä, suoritustietoa ja kustannustietoja ei kerätä kattavasti niin, että tiedolla voisi johtaa. Toisaalta pyrkimys kustannustehokkuuteen julkisilla sote-toimijoilla on ollut pitkälti ulkoa pakotettua. Toiminnan kustannukset eivät ole näyttäytyneet yhtä merkittävinä asioina kuin esimerkiksi laatuksymykset eikä toimijoilla ole ollut selkeitä kannusteita pyrkiä etsimään tehokkaimpia toimintamalleja tai karsimaan ylituotantoa. Ja silloinkin kuin näitä tehostamistoimia on professioiden toimesta esitetty, poliittinen päätöksentekojärjestelmä on usein torpannut ehdotukset alueellisiin yms. perustein.

Edellä olevan ja aikaisempien raporttien perusteella teemme seuraavat johtamista ja rakennetta koskevat ehdotukset:

1. Sosiaali- ja terveyssektorin jatkuvasta kasvuajatuksista on luovuttava. Sote ei tarvitse kasvua vaan uudistumista. Sote-alue on suunniteltava ja rakennettava heti tehokkaaseen toimintatasoon. Sote-valmistelussa on omaksuttu ajatuksia siitä, että sektorin vuosittainen noin 1 %:n reaali-kasvu jatkuu riippumatta bkt:n kasvusta, hyväksytyt kustannustaso määritetään alussa olevan kustannustason pohjalta ja vasta vaiheittain siirrytään tarveperusteiseen rahoitukseen ja rakenne siirretään sellaisenaan kunnilta maakunnille. Nämä ajatukset eivät ole kuitenkaan hyväksyttäviä.
2. Sote-alueille on asetettava tavoitteeksi nopeasti rationoida palvelujärjestelmä poistamalla päällekkäisyydet ja alueellinen resurssien ali- tai ylikäyttö sekä modernisoida vanhustenhuolto vanhuspalvelulain mukaiseen tavoitetasoon. Aikaikkuna, jona sote voi osallistua kestävyys-



vajeen supistamiseen, on vuosina 2017–2027. Sen jälkeen suuren ikäluokan poistuminen vaatii maltillista resurssien lisäämistä.

3. Sote-alueilla johtamisen tulee olla tavoitteellista. Tavoitteiden saavuttamista täytyy pystyä mittaamaan. Sote-alueiden johtamisen tueksi on luotava mittarit, jotka mahdollistavat alueen strategian seurannan sekä kuvaavat alueen toimijoiden toiminnan laatua, palveluiden saataavuutta, toiminnan laajuutta, tehokkuutta sekä kustannuksia. Näiden tietojen tuottamisvelvollisuus sisältyy hallituksen lakiesityksiin. Valittavasti lakisääteinen tiedon tuottaminen ei vielä takaa, että tietoa käytettäisiin johtamiseen. Tietoon perustuva johtaminen on otettava käyttöön.
4. Johtaminen ja toiminnan suunnittelu on saatava samalle tasolle kuin vastaavan kokoisissa organisaatioissa yritysmaailmassa. Taloudelliset vaikutukset on oltava mukana suunniteltaessa ja ratkaisuja tehtäessä. Kehitys- ja rakennusprojektien seurannassa on omaksuttava käytäntö, jossa projektin onnistumista arvioi vuoden kuluttua käynnistymisestä riippumaton arviointiryhmä. Kun muutoksen kokoluokka ylittää kymmenen miljoonan rajan, tulisi STM:n asettaa tämä seurantaryhmä.
5. Jotta taloudellisia vaikutuksia kyetään mielekkäästi analysoimaan, arvioimaan ja seuraamaan, toiminnallisten yksiköiden laskentatoimen kehittämiseen tulee panostaa ja kehitystyöhön varata riittävät resurssit. Tämä kehitysinvestointi maksaa itsensä varmasti takaisin.
6. Rakenteen uudistaminen voitaisiin aloittaa vanhuspalveluista asettamalla sote-alueille kahden vuoden aikataulu, jossa vanhuspalvelulain tavoitetaso, eli 92 % yli 75-vuotiaista asuu omassa kodissaan, on saavutettavissa. Tämä merkitsisi nykyisen noin 17 000 paikan ylikapasiteetin purkamista ja yli puolen miljardin euron kustannussäästöä. Samalla voidaan vapautua osasta kiinteistöjä, jotka ahtautensa vuoksi tekevät vanhuksista liikkumattomia pitkäaikaispotilaita.
7. Sote-alueen toiminnanohjausta varten tarvittavat vertailu-, seuranta- ja kustannustiedot on tuotettava valtakunnallisesti tilastoviranomaisen toimesta. Valtakunnallista terveydenhuollon tietotuotantoa on tarkasteltava kokonaisuutena, asiakasportaali on yhtenäistettävä ja toistuva sote-alueiden toimintaa arvioiva raportointi kehitettävä.

8. Verkosta saatavien tietojen lisäksi tarvitaan STM:n ja tilastoviranomaisen tuottamat vuosittaiset arviointiraportit. Edellisen vuoden raportti on saatava valmiiksi riittävän ajoissa keväällä siten, että sitä voidaan hyödyntää tulevan vuoden toiminta- ja talousarviota valmisteltaessa. On harkittava, voidaanko hajanaista tuotantoa keskittää arvioimalla Tilastokeskuksen, THL:n, Kelan ja yliopistosairaaloiden työnjakoa uudelleen ja tarvitaanko keskitetty yhteistyöelin. Sote-alueilla on oltava selkeä rooli tietotuotannon ohjauksessa.

# Liitteet

## Liite 1. Suuren ikäluokan ikääntyminen ei lisää oleellisesti erikoissairaanhoidon kokonaistarvetta

Väestörakenteen muutokset ovat ennakoitavia. Seuraavassa olemme tarkastelleet avohoitokäyntien muutoksia kymmenvuotisjaksoin vuodesta 2012 vuoteen 2040. Tarkastelu on tehty kahdella tavalla tarkastelemalla käyntien kokonaismäärää ja lisäksi indeksinä, jossa väestön kasvu ja ikärakenne on huomioitu.

Laskelma on tehty siten, että kunkin erikoisalanelkohdalta on ensin tarkasteltu viisivuotiskäryhmittäin käyttöä. Käytön oletetaan pysyvän samana ja tarkastellaan käyntimäärän muutosta. Tulos indeksoidaan käyttäen lähtövuotta 100 ja korjataan väestönkasvulla.

AVOHOITO, KOKO MAA	2012	2020	2030	2040	2012–2040
10 SISÄTAUDIT	1 569 298	1 682 199	1 825 939	1 885 502	316 204
20 KIRURGIA	1 332 583	1 412 897	1 507 926	1 550 505	217 922
70 PSYKIATRIA	1 375 583	1 375 236	1 379 142	1 390 444	14 861
30 NAISTENTAUDIT JA SYNNYTYKSET	575 790	588 311	587 278	590 603	14 813
65 SYÖPÄTAUDIT JA SÄDEHOITO	489 987	531 556	559 086	563 562	73 575
50 SILMÄTAUDIT	388 999	422 764	472 359	493 434	104 435
55 KORVA-, NENÄ- JA KURKKUTAUDIT	402 113	426 682	464 255	484 767	82 654
40 LASTENTAUDIT	373 624	372 374	365 700	359 819	-13 805
60 IHO- JA SUKUPUOLITAUDIT	308 989	320 658	338 114	347 590	38 601
77 NEUROLOGIA	295 010	311 299	331 356	339 875	44 865
96 FYSIATRIA	268 414	275 262	282 291	286 646	18 232
80 KEUHKOSAIR. JA TUBERKULOOSI	237 455	251 480	263 719	268 279	30 824
74 NUORISOPSYKIATRIA	252 091	247 766	253 891	248 663	-3 428
75 LASTENPSYKIATRIA	171 834	176 933	172 294	168 610	-3 224
58 HAMMAS- JA SUUSAIRAUDET	104 156	106 159	108 349	109 170	5 014

78 LASTENNEUROLOGIA	71 171	71 304	69 907	68 616	-2 555
98 YLEISLÄÄKETIEDE	34 230	36 194	40 461	43 769	9 539
25 NEUROKIRURGIA	31 662	32 955	34 403	35 164	3 502
11 Anestesiologia ja tehohoito	28 051	28 969	30 072	30 489	2 438
97 GERIATRIA	14 848	17 698	23 952	27 401	12 553
57 FONIATRIA	21 569	21 720	21 695	21 591	22
<b>ERIKOISALAT YHTEENSÄ</b>	<b>8 347 457</b>	<b>8 710 418</b>	<b>9 132 189</b>	<b>9 314 501</b>	<b>967 044</b>
<b>Väestö</b>	<b>5 461 512</b>	<b>5 595 213</b>	<b>5 769 032</b>	<b>5 861 491</b>	<b>399 980</b>

Suhteellinen kasvutarve saadaan indeksoimalla avokäynnit väestöllä ja valitsemalla vuosi 2012 perusvuodeksi (=100). Tarve vaihtelee maakunnittain erilaisista lähtökäytännöistä johtuen.

AVOHOITOKÄYNNIT ASUKASLUKUUN SUHTEUTETTUNA 2012 = 100	2012	2020	2030	2040
10 SISÄTAUDIT	100	105	110	112
20 KIRURGIA	100	103	107	108
70 PSYKIATRIA	100	98	95	94
30 NAISTENTAUDIT JA SYNNYTYKSET	100	100	97	96
65 SYÖPÄTAUDIT JA SÄDEHOITO	100	106	108	107
50 SILMÄTAUDIT	100	106	115	118
55 KORVA-, NENÄ- JA KURKKUTAUDIT	100	104	109	112
40 LASTENTAUDIT	100	97	93	90
60 IHO- JA SUKUPUOLITAUDIT	100	101	104	105
77 NEUROLOGIA	100	103	106	107
96 FYSIATRIA	100	100	100	100
80 KEUHKOSAIR. JA TUBERKULOOSI	100	103	105	105
74 NUORISOPSYKIATRIA	100	96	95	92
75 LASTENPSYKIATRIA	100	101	95	91
58 HAMMAS- JA SUUSAIRAUDET	100	99	98	98
78 LASTENNEUROLOGIA	100	98	93	90
98 YLEISLÄÄKETIEDE	100	103	112	119
25 NEUROKIRURGIA	100	102	103	103
11 Anestesiologia ja tehohoito	100	101	101	101
97 GERIATRIA	100	116	153	172
57 FONIATRIA	100	98	95	93
<b>ERIKOISALAT YHTEENSÄ</b>	<b>100</b>	<b>102</b>	<b>104</b>	<b>104</b>
<b>Väestö</b>	<b>100</b>	<b>102</b>	<b>106</b>	<b>107</b>

Tarpeen kasvu riippuu siis ikärakenteesta, vanheneva väestö käyttää entistä enemmän tiettyjä palveluja, kuten sisätautien ja kirurgian poliklinikkaa sekä aistinelinten ongelmiin silmä- ja korvatautien avohoitoyksiköitä.

Taulukosta selviää, että joillakin aloilla kasvu on pienempää kuin väestön kasvu. Tämä merkitsee sitä, että palvelutarve suhteellisesti ottaen vähenee. Normeeraamalla taulukon väestön kasvulla näemme tarpeen muutoksen väestön kasvuun verrattuna. Tämä on tehty seuraavassa taulukossa, suurin kasvutarve on ylimmäisenä.

VÄESTÖN KASVULLA KORJATTU PALVELUTARVE- ENNUSTEEN MUUTOS 2012=100	2012	2020	2030	2040
10 SISÄTAUDIT	100	102	104	104
20 KIRURGIA	100	101	101	101
70 PSYKIATRIA	100	95	90	88
30 NAISTENTAUDIT JA SYNNYTYKSET	100	97	91	89
65 SYÖPÄTAUDIT JA SÄDEHOITO	100	103	102	100
50 SILMÄTAUDIT	100	104	109	110
55 KORVA-, NENÄ- JA KURKKUTAUDIT	100	101	103	105
40 LASTENTAUDIT	100	95	88	84
60 IHO- JA SUKUPUOLITAUDIT	100	99	98	98
77 NEUROLOGIA	100	101	101	100
96 FYSIATRIA	100	98	94	93
80 KEUHKOSAIR. JA TUBERKULOOSI	100	101	100	98
74 NUORISOPSYKIATRIA	100	94	90	86
75 LASTENPSYKIATRIA	100	98	90	85
58 HAMMAS- JA SUUSAIRAUDET	100	97	93	91
78 LASTENNEUROLOGIA	100	95	88	84
98 YLEISLÄÄKETIEDE	100	101	106	111
25 NEUROKIRURGIA	100	99	97	96
11 Anestesiologia ja tehohoito	100	98	96	94
97 GERIATRIA	100	114	145	160
57 FONIATRIA	100	96	90	87
<b>ERIKOISALAT YHTEENSÄ</b>	<b>100</b>	<b>99</b>	<b>98</b>	<b>97</b>

Suuri ikäluokka on nyt käytännössä siirtynyt eläkkeelle. Seuraavan kymmenen vuoden aikana heidän erikoissairaanhoidon palvelukäyttönsä muuttuu eikä kokonaismäärä merkittävästi kasva. Väestön kasvun ylittää vain sisätautien, kirurgian, silmien ja korvatautien sekä yleislääketieteen erikoisalojen tarve.

Merkittävää on kirurgian erikoisalan avohoitokäyntien kasvu, mutta samanaikaisesti anestesian käytön pieneneminen. Taustalla lienee leikkaustarpeen kriittinen arviointi. Kaikkia ikääntyviä potilaita ei voida leikata, vaikka leikkaus voisi kuulua taudin kuvaan. Tämä luo väljyyttä erikoissairaanhoidon. Sen uudelleen järjestelyt ovat ajankohtaisia, mutta niissä pitää saada myös kustannushyötyä.

## Liite 2. Lääkäriyöpanos perustasolla vaihtelee liikaa

Esimerkkinä erilaisesta toimintakulttuurista tai kirjaamiskäytännöstä on terveyskeskuslääkäreiden THL:lle ilmoittama työpanos. Se vaihtelee alueittain käsittämättömän paljon, kuten oheisesta taulukosta ilmenee.

### Taulukko 6.

Terveyskeskuslääkäreiden työpanoksen jakaantuminen sairaanhoitopiireittäin.

JULKISEN SEKTORIN LÄÄKÄRISSÄ- KÄYNNIT JA LÄÄKÄRIT	TK-LÄÄKÄRIT LKM.	VÄESTÖ 2014	TK-KÄYNNIT KAIKKI (SIS. SÄHKÖ- POSTI, PUHELIN JNE.)	TK-KÄYNNIT VASTAANOTOLLA	TK-KÄYNNIT (SIS. MYÖS SÄHKÖ- POSTI, PUHELIN JNE.) / TK-LÄÄKÄRI	"TK-KÄYNNIT VASTAANOTOLLA/ TK-LÄÄKÄRI LASKEVA"	VÄESTÖ/TK-LÄÄKÄRI	"VASTAANOTTO- KÄYNNIT/AS."	KAIKKI KÄYNNIT /AS.
Koko maa	2 263	5 461 512	11 236 731	6 809 247	4 967	3 010	2 414	1,2	2,1
Länsi-Pohja	24	63 902	108 735	99 622	4 531	4 151	2 663	1,6	1,7
Pohjois-Karjala	52	169 004	244 463	212 269	4 701	4 082	3 250	1,3	1,4
Etelä-Pohjanmaa	95	198 537	584 281	377 417	6 150	3 973	2 090	1,9	2,9
Pirkanmaa	176	522 994	934 144	669 954	5 323	3 817	2 980	1,3	1,8
Päijät-Häme	64	213 193	336 299	230 247	5 255	3 598	3 331	1,1	1,6
Lappi	54	118 230	304 891	190 467	5 646	3 527	2 189	1,6	2,6
Etelä-Karjala	47	132 008	265 795	157 353	5 716	3 384	2 839	1,2	2,0
Kymenlaakso	60	173 386	415 907	194 192	6 932	3 237	2 890	1,1	2,4
Etelä-Savo	40	104 140	248 487	122 364	6 291	3 098	2 636	1,2	2,4
Kanta-Häme	85	175 416	487 490	258 737	5 769	3 062	2 076	1,5	2,8
Satakunta	99	224 270	501 540	302 988	5 066	3 060	2 265	1,4	2,2
Helsinki ja Uusimaa	628	1 590 420	3 075 130	1 774 908	4 901	2 829	2 535	1,1	1,9
Keski-Suomi	129	250 976	529 230	354 879	4 119	2 762	1 953	1,4	2,1
Keski-Pohjanmaa	34	78 340	178 255	93 772	5 243	2 758	2 304	1,2	2,3
Vaasa	81	169 250	311 271	220 363	3 843	2 721	2 090	1,3	1,8
Itä-Savo	22	44 248	92 059	57 389	4 185	2 609	2 011	1,3	2,1
Varsinais-Suomi	249	474 948	1 034 331	619 331	4 154	2 487	1 907	1,3	2,2
Pohjois-Savo	130	248 419	473 169	321 205	3 640	2 471	1 911	1,3	1,9
Pohjois-Pohjanmaa	196	404 595	907 807	444 245	4 644	2 272	2 070	1,1	2,2
Kainuu	38	76 451	143 552	80 655	3 778	2 123	2 012	1,1	1,9
Ahvenanmaa	13	28 791	59 895	26 890	4 607	2 068	2 215	0,9	2,1

Kuten taulukosta nähdään, oheistyön määrä vaihtelee. Tilastointi ei ole samantyyppistä, eikä todennäköisesti oheistyötapahtuma ole panokseltaan käynnin verran.

Keskeisinä seurattavina mittareina tulisi olla esimerkiksi seuraavat: tehokas työaika tunteina vuorokaudessa; tehokkuus = vastaanottojen/toimenpiteiden määrä suhteutettuna maksimimäärään työaikana; lääkäreiden oheistyön määrä.



### **Liite 3. Johtaminen aikaan liittyvillä tunnusluvuilla ja tavoitteilla**

Jos tarkastelemme kansainvälisiä raportteja, löytyy näissä usein tunnuslukuihin sekä läpimenoaika että odotusaika. Vaikka THL on seurannut potilaiden jonotusaikoja, ei maamme terveydenhuollon yksiköissä seurata potilaiden odotusaikoja tai läpimenoaikoja. Näiden seuraaminen on välttämätöntä, jos halutaan toiminnan sujuvan.

Esimerkkinä hyvin toimivasta prosessiohjattuna päivystysyksiköstä voidaan ottaa Odensen yliopistosairaalan 1,5 miljoonaa asukasta palveleva päivystysyksikkö Tanskasta. Yksikkö hoitaa päivässä 300–450 potilasta tietämättä itse, montako potilasta päivässä tulee.

Toiminta on prosessiohjattu siten, että eri pisteillä on tavoiteajat. Kokonaisläpimenoaika potilaalle ei saa kestää neljää tuntia kauempaa. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä päätetään siitä, tarvitseeko potilas vuoteen vai pysäyttkö hän kävelemään itse. Seuraavaksi potilas tapaa enintään 15 minuutin kuluttua yleislääkärin, jonka on kuuden minuutin aikana päätettävä, miten potilasta hoidetaan. Vaihtoehdot ovat seuraavat: kotiin ja myöhemmin jatkotutkimuksiin, kirurgiseen tai konservatiiviseen tutkimuslinjaan tai suoraan osastolle. Kirurgisella ja konservatiivisella linjalla päivystävän seniorilääkärin tapaamisen odotuksen tavoiteaika oli 30 ja toteutuma 41 minuuttia.

Kaikille osaprosesseille mukaan lukien röntgen- ja laboratoriotutkimukset on myös annettu tavoiteajat. Niiden toteutuminen näkyi näytöillä, joilla seurattiin prosessin kulkua. Mikäli jonnekin tuli ruuhkaa, seniorilääkäri selvitti tilanteen.

---

## Taulukko 9.

Odensen päivystysprosessin ajankäytön tunnuslukuja.

PÄIVYSTYSPROSESSI	PROSESSIN TAVOITEAIKA	SUORITTAJA
Rekisteröityminen	5 min	Sihteeri
Potilas tarvittaessa vuoteeseen	15 min	Sairaanhoitaja
Hoidon tarpeen arviointi	10 min	Kokenut sairaanhoitaja
Alustava työdiagnoosi valmis	90 min	Apulaislääkäri
Röntgentutkimus /verenkuva	15/15 min	Hoitaja
Lääkärin konsultaatio (sisääntulosta enintään 30 min)	15 min	Seniorilääkäri
Läpimeno päivystysyksikössä	"4 h (toteutunut 3 h 40 min) "	

Kokonaisläpimenoaika on saatu alle neljän tunnin tavoiteajan, 3 h 40 min. Vastaavan tyyppinen ohjeaikoihin perustuva järjestelmä on käytössä Odensessa muissakin yksiköissä, kuten leikkausosastoilla ja avohoitoyksiköissä.

Päivystysyksikön yleislääkäripäivystys on järjestetty yhteistyössä alueen perustason kanssa. Päivystyskontakteista noin 220 000:ssa oli potilas läsnä ja 600 000:ssa oli puhelinkontakteja. Päivystysrenkaassa oli 65 lääkäriä päivittäin. Ruuhka-aikana lisättiin henkilökuntaa tarpeen vaatiessa. Apuna käytettiin myös autoilevia päivystäviä lääkäreitä, jotka yleensä pystyivät saapumaan 1–2 tunnin kuluessa kutsusta.

Vastaavissa Suomen suurten kaupunkien päivystysyksiköissä jono lääkärille on tunteja ja läpimenoaika usein useita tunteja. Perussyynä on, että päivystyksessä lääkäri ei ole etulinjassa vaan valmisteluprosessin jälkeinen päätöksentekijä. Päivystysprosessin läpimenoaikojen lyhentäminen ja eurooppalaiset tavoiteajat on syytä ottaa käyttöön. Alkuvaiheessa tavoitteeksi voitaisiin ottaa se, että potilas pääsee lääkärin puheille 15 minuutin sisällä ja läpimenoaika on alle 4 tuntia.

Läpimenoaika on keskeinen suure, joka on otettava Suomessa käyttöön. Sen seuraamiseen tarkoitettujen tietojärjestelmien kehittäminen on mahdollisuus suomalaiselle tuotekehitykselle.

## Lähteet

### ***Kunnallisan kehittämissäätö:***

Raportin taustalla on kolme Kunnallisan kehittämissäätön tutkimusjulkaisua lähteineen:

Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. (2014a). Sisältöä sote-uudistukseen. Kunnallisan kehittämissäätön tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 78. [http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk\\_78\\_net.pdf](http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_78_net.pdf)

Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. (2014b). Saadaanko sote-uudistuksella tasalaatua? Kunnallisan kehittämissäätön tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 82. [http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk\\_82\\_net\\_II.pdf](http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_82_net_II.pdf)

Kinnula, P., Malmi, T. & Vauramo, E. (2015). Miten sote-uudistus toteutetaan? Kunnallisan kehittämissäätön tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 91. <http://kaks.fi/wp-content/uploads/2015/08/Miten-sote-uudistus-toteutetaan.pdf>

### ***Muut lähteet:***

Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review (AMA FORUM)* 70 (11): 35–36.

Euro Health Consumer Index 2015. ISBN: 978-91-980687-5-7

Euro Heart Index 2016 ISBN: 978-91-980687-4-0

Ham, C., Raleigh, V., Foot, C., Robertson, E. & Alderwick, H. (2015). Measuring the performance of local systems: Review for the Department of Health. The Kings Fund [https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/measuring-the-performance-of-local-health-systems-dh-review-kingsfund-oct15.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/measuring-the-performance-of-local-health-systems-dh-review-kingsfund-oct15.pdf)

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

Rozner, S. (2013). *Developing and Using Key Performance Indicators. A Toolkit for Health Sector Managers*. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.

The Kings Fund, weekly reports, syksy 2016.

## **Kunnallisan kehittämissäätöön tutkimusjulkaisujen sarjassa ovat ilmestyneet**

- 1 Pirjo Mäkinen  
KUNTARAKENNESELVITYS (1992)
- 2 HYVINVOINTIYHTEISKUNNAN TULEVAISUUS  
Kolme näkökulmaa (1992)
- 3 Maria Lindbom  
KUNNAT JA EUROOPPALAINEN ALUEKEHITYS (1994)
- 4 Jukka Jääskeläinen  
KUNTA, KÄYTTÄJÄ, MARKKINAVOIMA  
Kunnallisen monopolin ohjaus ja johtaminen (1994)
- 5 Torsti Kivistö  
KEHITYKSEN MEGATRENDIT JA KUNTIEN TULEVAISUUS  
Kohti ihmisläheistä kansalaisyhteiskuntaa (1995)
- 6 Kari Ilmonen–Jouni Kaipainen–Timo Tohmo  
KUNTA JA MUSIIKKIJUHLAT (1995)
- 7 Juhani Laurinkari–Pauli Niemelä–Olli Pusa–Sakari Kainulainen  
KUNTA VALINTATILANTEESSA  
Kuka tuottaa ja rahoittaa palvelut? (1995)
- 8 Pirjo Mäkinen  
KUNNALLISEN ITSEHALLINNON JÄLJILLÄ (1995)
- 9 Arvo Myllymäki–Asko Uoti  
LEIKKAUKSET KUNTIEN UHKANA  
Vaikeutuuko peruspalvelujen järjestäminen? (1995)
- 10 Heikki Helin–Markku Hyypiä–Markku Lankinen  
ERILAISET KUNNAT  
Kustannuserojen taustat (1996)
- 11 Juhani Laurinkari–Tuula Laukkanen–Antti Miettinen–Olli Pusa  
VAIHTOEHDOKSI OSUUSKUNTA  
– yhteisö kunnan palvelutuotannossa (1997)
- 12 Jari Hyvärinen–Paavo Okko  
EMU – ALUEELLISET VAIKUTUKSET JA KUNTATALOUS (1997)
- 13 Arvo Myllymäki–Juha Salomaa–Virpi Poikkeus  
MUUTTUMATON – MUUTTUVA KANSANELÄKELAITOS (1997)

- 14 Petri Böckerman  
ALUEET TYÖTTÖMYYDEN KURIMUKSESSA (1998)
- 15 Heikki Helin–Seppo Laakso–Markku Lankinen–Ilkka Susiluoto  
MUUTTOLIIKE JA KUNNAT (1998)
- 16 Kari Neilimo  
STRATEGIAPROSESSIN KEHITTÄMINEN MAAKUNTATASOLLA  
– case Pirkanmaa (1998)
- 17 Hannu Pirkola  
RAKENNERAHASTOT  
– ohjelmien valmistelu, täytäntöönpano ja valvonta (1998)
- 18 Marja-Liisa Nyholm–Heikki Suominen  
PALVELUVERKOSSA YÖTÄPÄIVÄÄ (1999)
- 19 Jarmo J. Hukka–Tapio S. Katko  
YKSITYISTÄMINEN VESIHUOLLOSSA? (1999)
- 20 Salme Näsi–Juha Keurulainen  
KUNNAN KIRJANPITOUUDISTUS (1999)
- 21 Heikki Heikkilä–Risto Kunelius  
JULKISUUSKOE  
Kansalaiskeskustelun opetuksia koneistoille (2000)
- 22 Marjaana Kopperi  
VASTUU HYVINVOINNISTA (2000)
- 23 Lauri Hautamäki  
MAASEUDUN MENESTYJÄT  
Yritykset kehityksen vetureina (2000)
- 24 Paavo Okko–Asko Miettälä–Elias Oikarinen  
MUUTTOLIIKE PAKOTTAA RAKENNEMUUTOKSEEN (2000)
- 25 Olavi Borg  
TIEDON VAJE KUNNISSA (2000)
- 26 Max Arhippainen–Perttu Pyykkönen  
KIINTEISTÖVERO KUNNALLISTALOUESSA (2000)
- 27 Petri Böckerman  
TYÖPAIKKOJEN SYNTYMINEN  
JA HÄVIÄMINEN MAAKUNNISSA (2001)
- 28 Aimo Ryynänen  
KUNTAYHTEISÖN JOHTAMINEN (2001)

- 29 Ilkka Ruostetsaari–Jari Holttinen  
LUOTTAMUSHENKILÖ JA VALTA  
Edustuksellisen kunnallisdemokratian mahdollisuudet (2001)
- 30 Terho Pursiainen  
KUNTAETIIKKA  
Kunnallisen arvokeskustelun kritiikkiä (2001)
- 31 Timo Tohmo–Jari Ritsilä–Tuomo Nenonen–Mika Haapanen  
JARRUA MUUTTOLIIKKEELLE (2001)
- 32 Arvo Myllymäki–Eija Tetri  
RAHA-AUTOMAATTIYHDISTYS KANSALAISSPÄLVELUJEN  
RAHOITTAJANA (2001)
- 33 Anu Pekki–Tuula Tamminen  
LAPSEN EHDOKKAILLA (2002)
- 34 Lauri Hautamäki  
TEOLLISTUVA MAASEUTU  
– menestyvät yritykset maaseudun voimavarana (2002)
- 35 Pertti Kettunen  
KUNTIEN ELOONJÄÄMISEN TAITO (2002)
- 36 MAAKUNTIEN MERKITYS JA TEHTÄVÄT (2003)
- 37 Marko Taipale–Max Arhippainen  
ANSIOTULOVÄHENNYS, JAETTAVAT YRITYSTULOT  
JA KUNTIEN VEROPOHJA (2003)
- 38 Jukka Lassila–Tarmo Valkonen  
HOIVARAHASTO (2003)
- 39 Pekka Kettunen  
OSALLISTUA VAI VAIKUTTAA? (2004)
- 40 Arto Ikola–Timo Rothovius–Petri Sahlström  
YRITYSTOIMINNAN TUKEMINEN KUNNISSA (2004)
- 41 Päivi Kuosmanen–Pentti Meklin–Tuija Rajala–Maarit Sihvonen  
KUNNAT ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA SOPIMASSA (2004)
- 42 Pauli Niemelä  
SOSIAALINEN PÄÄOMA SUOMEN KUNNISSA (2004)
- 43 Ilkka Ruostetsaari–Jari Holttinen  
TARKASTUSLAUTAKUNTA KUNNAN PÄÄTÖKSENTEOSSA (2004)
- 44 Aimo Ryytänen  
KUNNAT VALTION VALVONNASSA (2004)

- 45 Antti Peltokorpi–Jaakko Kujala–Paul Lillrank  
KESKENERÄISEN POTILAAN KUSTANNUKSET  
Menetelmä kunnille terveystalouksien tuotannon suunnitteluun ja  
ohjaukseen (2004)
- 46 Pentti Puoskari  
KUNTA JA AMMATTIKORKEAKOULU (2004)
- 47 Timo Nurmi  
KUNTIEN ARVOPERHEET (2005)
- 48 Jarna Heinonen–Kaisu Paasio  
SISÄINEN YRITTÄJYYS KUNTATYÖSSÄ (2005)
- 49 Soili Keskinen  
TUTKIMUS ALAISTAIDOISTA KUNNISSA  
(verkkojulkaisu 2005)
- 50 Heikki A. Loikkanen–Ilkka Susiluoto  
PALJONKO VERORAHOILLA SAA? (2005)
- 51 Arvo Myllymäki–Päivi Kalliokoski  
VALTIO, KUNTA JA EUROOPAN UNIONI  
Unionijäsenyyden vaikutus valtion ja kuntien taloudelliseen  
pääosvaltaan (2006)
- 52 Aini Pehkonen  
MAAHANMUUTTAJAN KOTIKUNTA (2006)
- 53 Toivo Pihlajaniemi  
KUNTARAKENNE MURROKSESSA  
(verkkojulkaisu 2006)
- 54 Satu Nivalainen  
PENDELÖINKÖ VAI MUUTANKO?  
Työvoiman liikkuvuus kuntien välillä (2006)
- 55 Jouni Kaipainen  
KUNTIEN ROSKASOTA (2006)
- 56 Vesa Vesterinen  
KUNTA JA YHTIÖITTÄMINEN (2006)
- 57 Maria Solakivi–Matti Virén  
KUNTIEN HENKILÖSTÖ, TEHOAKKUUS JA KUNTAKOKO (2006)
- 58 Jarmo J. Hukka–Tapio S. Katko  
VESIHUOLLON HAAVOITTUVUUS  
(verkkojulkaisu 2007)

- 59 Elina Viitanen–Lauri Kokkinen–Anne Konu–Outi Simonen–  
Juha V. Virtanen–Juhani Lehto  
JOHTAJANA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA (2007)
- 60 Jouni Ponnikas–Timo Tiainen–Johanna Hätälä–Jarmo Rusanen  
SUOMI JA ALUEET 2030  
– toteutunut kehitys, ennakkointia ja skenaariot (2010)
- 61 Ritva Pihlaja  
KOLMAS SEKTORI JA JULKINEN VALTA (2010)
- 62 Pekka Pietilä–Tapio Katko–Vuokko Kurki  
VESI KUNTAYHTEISTYÖN VOITELUAINEENA (2010)
- 63 Pasi Holm–Janne Huovari  
KUNNAT VEROUUDISTUKSEN MAKSAJINA? (2011)
- 64 Irene Roivainen–Jari Heinonen–Satu Ylinen  
KÖYHÄ BYROKRATIAN RATTAISSA (2011)
- 65 Anu Hakonen–Kiisa Hulkko–Nyman  
KUNNASTA HOUKUTTELEVA TYÖPAIKKA? (2011)
- 66 Markku Sotarauta–Toni Saarivirta–Jari Kolehmainen  
MIKÄ ESTÄÄ KUNTIEN UUDISTUMISTA? (2012)
- 67 Eero Lehto  
VOIKO ÄÄNESTÄMÄLLÄ VAIKUTTAA KUNTAVEROIHIN? (2012)
- 68 Kirsi Kuusinen–James  
TUOKO PALVELUSETELI VALINNANVAPAUTTA? (2012)
- 69 Leena Forma–Marja Jylhä–Mari Aaltonen–Jani Raitanen–  
Pekka Rissanen  
VANHUUDEN VIIMEISET VUODET  
– pitkäaikaishoito ja siirtymät hoitopaikkojen välillä (2012)
- 70 Niina Mäntylä–Jonna Kivelä–Seija Ollila–Laura Perttola  
PELASTAKAA KOULUKIUSATTU!  
– koulun vastuu, puuttumisen muodot ja ongelmat oikeudellisessa  
tarkastelussa (2013)
- 71 Juhani Laurinkari–Kirsi Rönkä–Anja Saarinen–Veli-Matti Poutanen  
PALVELUT TOIMIMAAN  
– tapaturmissa vammautuneiden nuorten puheenvuoro (2013)
- 72 Signe Jauhiainen–Janne Huovari  
KUNTARAKENNE JA ALUEIDEN ELINVOIMA  
– laskelmia väestöstä, työpaikoista ja kuntataloudesta (2013)



- 73 Riitta Laakso  
MISTÄ KOTI HUOSTAANOTETULLE LAPSELLE?  
(verkkojulkaisu 2013)
- 74 Vuokko Niiranen–Minna Joensuu–Mika Martikainen  
MILLÄ TIEDOLLA KUNTIA JOHDETAAN? (2013)
- 75 Niko Hatakka–Erkka Railo–Sini Ruohonen  
KUNTAVAALIT 2012 MEDIASSA (2013)
- 76 Hannu Kytö ja Monika Kral-Leszczynska  
MUUTTOLIIKKEEN VOITTAJAT JA HÄVIÄJÄT  
– tutkimus alueiden välisistä muuttovirroista (2013)
- 77 Sakarias Sokka, Anita Kangas, Hannu Itkonen, Pertti Matilainen &  
Petteri Räisänen  
HYVINVOINTIA MYÖS KULTTUURI- JA LIIKUNTAPALVELUISTA  
(2014)
- 78 Petra Kinnula, Teemu Malmi & Erkki Vauramo  
SISÄLTÖÄ SOTE-UUDISTUKSEEN  
Tunnuslukuja terveydenhuollon suunnitteluun (2014)
- 79 Hagen Henry, Jarmo Hänninen, Seija Paksu ja Päivi Pylkkänen  
OSUUSTOIMINNASTA VALOA VANHUSPALVELUIHIN (2014)
- 80 Toni Mättö, Jukka Pellinen, Antti Rautiainen ja Kari Sippola  
TALOUSOHJAUS TERVEYSASEMILLA  
– näennäisohjaus luo näennäistehokkuutta (2014)
- 81 Tuija Rajala ja Jari Tammi  
BUDJETOINTIA KUNTIEN MUUTOSKIERTEESSÄ (2014)
- 82 Petra Kinnula, Teemu Malmi & Erkki Vauramo  
SAADAANKO SOTE-UUDISTUKSELLA TASALAATUA? (2014)
- 83 Maria Ohisalo & Juho Saari  
KUKA SEISOO LEIPÄJONOSSA?  
Ruoka-apu 2010-luvun Suomessa (2014)
- 84 Anna-Maria Isola, Elina Turunen, Sakari Hänninen, Jouko Karjalainen  
ja Heikki Hiilamo  
SYRJÄYTYNYT IHMINEN JA KUNTA (2015)
- 85 Heli Sjöblom-Immala  
PUOLISONA MAAHANMUUTTAJA –  
Monikulttuuristen perheiden viihtyminen Suomessa ja muutto-  
suunnitelmat (2015)

- 86 Arttu Saarinen, Mervi Ruokolainen, Heikki Taimio, Jukka Pirttilä ja Saija Mauno  
PALVELUMOTIVAATIO JA TYÖHYVINVOINTI TERVEYDEN-  
HUOLLOSSA (2015)
- 87 Olli-Pekka Viinamäki ja Maria Katajamäki  
LUOTTAMUKSESTA ELINVOIMAA KUNNILLE (2015)
- 88 Seppo Penttilä, Janne Ruohonen, Asko Uoti ja Veikko Vahtera  
KUNTAYHTIÖT LAINSÄÄDÄNNÖN RISTIAALLOKOSSA (2015)
- 89 Paula Saikkonen, Sanna Blomgren, Pekka Karjalainen ja Minna Kivipelto  
POISTAAKO SOSIAALITYÖ HUONO-OSAISUUTTA? (2015)
- 90 Eija Kauppi, Niku Määttänen, Tomi Salminen ja Tarmo Valkonen  
VANHUSTEN PITKÄAIKAISHOIDON TARVE VUOTEEN 2040  
(2015)
- 91 Petra Kinnula, Teemu Malmi ja Erkki Vauramo  
MITEN SOTE-UUDISTUS TOTEUTETAAN? (2015)
- 92 Jaana-Piia Mäkinie, Kirsi Heikkilä-Tammi ja Marja-Liisa Manka  
MITEN KUNTAESIMIES VOI PARANTAA TYÖHYVINVOINTIA?  
(2015)
- 93 Matti Rimpelä ja Markku Rimpelä (toimittajat)  
SÄÄSTÖJÄ LAPSIPERHEIDEN PALVELUREMONTILLA (2015)
- 94 Tomi Venho  
RAHASTAA, EI RAHASTA, RAHASTAA  
– suomalaisen vaalirahoituksen seurantatutkimus (2015)
- 95 Riku Thilman, Timo Rothovius ja Jussi Nikkinen  
KUNNAN SIJOITUSVARALLISUUDESTA JA SEN HALLINNASTA  
(2016)
- 96 Tiina Rättilä ja Jarmo Rinne  
KUNTADEMOKRATIA KAKSILLA RAITEILLA (2016)
- 97 Juha Lavapuro, Tuomas Ojanen, Pauli Rautiainen ja Virve Valtonen  
SIVISTYKSELLISET JA SOSIAALISET PERUSOIKEUDET  
SYRJÄKUNNISSA (2016)
- 98 Aleksi Koski ja Heikki Kuutti  
LÄPINÄKYVYYS KUNNAN TOIMINNASSA  
– tietopyyntöihin vastaaminen (2016)
- 99 Sari Tuuva-Hongisto, Ville Pöysä ja Päivi Armila  
SYRJÄKYLIEN NUORET – unohdetut kuntalaiset? (2016)

- 100 Torsti Hyyryläinen ja Sofia Tuisku  
SOSIAALISESTA MEDIASTA RATKAISUJA PAIKALLISEEN  
VAIKUTTAMISEEN (2016)
- 101 Antti Syväjärvi, Jaana Leinonen, Anu Pruikkonen ja Rauno Korhonen  
SOSIAALINEN MEDIA KUNTAJOHTAMISESSA (2017)
- 102 Petra Kinnula, Teemu Malmi ja Erkki Vauramo  
MITÄ TUNNUSLUKUJA SOTE-ALUEEN JOHTAMISESSA  
TARVITAAN? (2017)



KAKS – Kunnallisalan kehittämissäätiö rahoittaa kuntia palvelevaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Tavoitteena on tukea ja parantaa kuntien ja niiden organisaatioiden toimintamahdollisuuksia.

Rahoitamme hankkeita ja tutkimuksia, joiden arvioimme olevan kuntien tulevaisuuden kannalta keskeisimpiä. Tuloksien tulee olla sovellettavissa käytäntöön. Rahoitettavilta hankkeilta edellytetään ennakkoluulotonta ja uutta uraa luovaa otetta.

Säätiöllä on *Polemiikki*-niminen asiakaslehti ja kaksi julkaisusarjaa:

*Polemia-sarja*, jossa käsitellään kunnille tärkeitä strategisia kysymyksiä ajattelua herättävällä tavalla.

*Tutkimusjulkaisut-sarja*, jossa julkaistaan osa säätiön rahoittamista tutkimuksista. Pääosa säätiön rahoittamista tutkimuksista julkaistaan tekijätahon omissa julkaisusarjoissa.

Toimintamme ja julkaisumme esitellään tarkasti kotisivuillamme [www.kaks.fi](http://www.kaks.fi).

Vuonna 1990 perustettu itsenäinen säätiö rahoittaa toimintansa sijoitustuotoilla.

Osoite	Fredrikinkatu 61 A 00100 Helsinki
Asiamies	Antti Mykkänen, <a href="mailto:antti.mykkanen@kaks.fi">antti.mykkanen@kaks.fi</a> , p. 0400 570 087
Tutkimusasiamies	Veli Pelkonen, <a href="mailto:veli.pelkonen@kaks.fi">veli.pelkonen@kaks.fi</a> , p. 0400 815 527
Taloudenhoitaja	Anja Kirves, <a href="mailto:anja.kirves@kaks.fi">anja.kirves@kaks.fi</a> , p. 0400 722 682

Tutustu kotisivuihimme ([www.kaks.fi](http://www.kaks.fi))!

Petra Kinnula, Teemu Malmi ja Erkki Vauramo

## Mitä tunnuslukuja sote-alueen johtamisessa tarvitaan?

Suomessa ei ole yhtenäistä sote-palvelujen verkostoa. Tämä käy ilmi mm. tutkimusjulkaisuissa "Sisältöä sote-uudistukseen", "Saadaanko sote-uudistuksella tasa-laatua?" ja "Miten sote-uudistus toteutetaan?" ([www.kaks.fi](http://www.kaks.fi)). Ne paljastivat myös sen, että terveyspalveluisa on yli- tai alikäyttöä.

Sekin tiedetään, mistä ongelmat johtuvat. Ne johtuvat ensisijaisesti johtamisesta. Valtakunnallisesti ei ole asetettu mitattavia tavoitteita. Sairaanhoidopiirien ja yksikköjen tasolla tehdään vuosibudjetti ja seurataan vain rahan kulutusta. Eikä useissa niistä ole käsitystä suoritekustannuksista saati niiden systemaattisesta seurannasta.

Tässä raportissa tarkastellaan niitä tunnuslukuja, joita terveydenhuollon johtamisessa nyt tarvitaan. Tavoitteet ovat sekä määrällisiä että laadullisia. Näistä on sovittava yhdessä.