

*Miksi Suomessa ei seurata terveystalvveluilla
tuotettua terveystyötyä?*

Tuloksia Utilis Sanitas -hankkeesta

Why isn't the health gain of supplied health services monitored in Finland?

KEINÄNEN MIKA, KOIVURANTA-VAARA PÄIVI, KOKKO PETRA,
KOMULAINEN JORMA, ROINE RISTO, VUORENKOSKI LAURI,
VOHLONEN ILKKA

*Miksi Suomessa ei seurata terveystalvveluilla
tuotettua terveysthyöttyä?*

Tuloksia Utilis Sanitas hankkeesta

Why isn't the health gain of supplied health services monitored in Finland?

Publications of the University of Eastern Finland
Reports and Studies in Health Sciences
Number 25

Institute of Public Health and Clinical Nutrition
School of Medicine
University of Eastern Finland
Kuopio
2017

Grano Oy
Kuopio, 2017

Series Editors:

Professor Tomi Laitinen, M.D., Ph.D.
Institute of Clinical Medicine, Clinical Radiology and Nuclear Medicine
Faculty of Health Sciences

Professor Hannele Turunen, Ph.D.
Department of Nursing Science
Faculty of Health Sciences

Professor Kai Kaarniranta, M.D., Ph.D.
Institute of Clinical Medicine, Ophthalmology
Faculty of Health Sciences

Associate Professor (Tenure Track) Tarja Malm, Ph.D.
A.I. Virtanen Institute for Molecular Sciences
Faculty of Health Sciences

Lecturer Veli-Pekka Ranta, Ph.D. (pharmacy)
School of Pharmacy
Faculty of Health Sciences

Distributor:

University of Eastern Finland
Kuopio Campus Library
P.O.Box 1627
FI-70211 Kuopio, Finland
<http://www.uef.fi/kirjasto>

ISBN (print): 978-952-61-2675-3

ISBN (pdf): 978-952-61-2676-0

ISSN (print): 1798-5722

ISSN (pdf): 1798-5730

ISSN-L: 1798-5722

Keinänen Mika, Koivuranta-Vaara Päivi, Kokko Petra, Komulainen Jorma, Roine Risto,
Vuorenkoski Lauri, Vohlonen Ilkka

Why isn't the health gain of supplied health services monitored in Finland?

University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences

Publications of the University of Eastern Finland. Reports and studies in Health Sciences Number 25. 2017. 77 p.

ISBN (print): 978-952-61-2675-3

ISBN (pdf): 978-952-61-2676-0

ISSN (print): 1798-5722

ISSN (pdf): 1798-5730

ISSN-L: 1798-5722

ABSTRACT

In the health care sector worldwide, there is a significant change taking place in the monitoring of the production of health services. Instead of reviewing the productivity in the supply of health services, the focus is more and more on the degree of produced health gain. In Finland, there is no annually and routinely functioning system for monitoring and comparing health gains produced by various providers of health services. Only very little is known in Finland about the differences in outcomes of treatment between various health care providers or between Finland and other countries.

The main objective of Utilis Sanitas project was to facilitate the establishing of a system for monitoring the quality of health care, especially the health gains produced. One objective was also to demonstrate the value of in-time information on outcomes to the financiers of health care and to the providers of health services participating in the project by offering this information during the project. The purpose of Utilis Sanitas project was to find out what would be needed to launch a nationwide system for monitoring standardised information on the outcomes of health services.

In the early stages of the project, it was found that to organise the monitoring of health gains would primarily require coordination of the already existing resources together with the various stakeholders. The qualitative and quantitative methods applied in the project consisted of organising working groups, literature reviews, negotiations, improved biostatistical analyses, and improved communications. Exploitation of the already existing data and improved networking were the main methodological principles followed. As the result of the project, supply of the information on health outcomes for each provider was planned, operationalised and applied, and achieved during the project.

It was found that for all the patient groups first selected (brain attack, diabetes, and depression), monitoring of the health outcomes of the treatments for these conditions was feasible. By monitoring these three patient groups as an example, information was discovered concerning the necessary organisational prerequisites, hindering factors, and focuses for future development in order to launch a nationwide system for monitoring health gains. One of the main conclusions was that, instead of the lack of data as a cause of asymmetry of information on health gains produced for patients, the cause was the non-use of existing information in managerial and political decision-making.

As a conclusion of the project, the national managerial and political authorities on health and social services in Finland should establish without a delay an accountable organisation or a networking project to plan and launch national monitoring of health gains in accordance with selected international examples. The current activities for selecting and collecting data on universal indicators of outcomes and for organising routine national monitoring are insufficient concerning especially the indicators on patient and diagnostic group levels.

In launching of the nationwide monitoring of health gains, the results and experiences of Utilis Sanitas project can be exploited in selection of indicators, definition of standards, prioritisation of indicators, development of indicators, selection and analysis of data, and reporting of information, as well as in coordinating the prerequisite activities of the stake holders of this type of monitoring.

National Library of Medicine Classification: W 74, W 84.4, WA 540 GF5, WX 157.8

Medical Subject Headings: Cost-Benefit Analysis; Delivery of Health Care; Diagnosis-Related Groups; Efficiency; Finland; Health Care Reform; Outcome Assessment (Health Care); Quality of Health Care

Keinänen Mika, Koivuranta-Vaara Päivi, Kokko Petra, Komulainen Jorma, Roine Risto,
Vuorenkoski Lauri, Vohlonen Ilkka

Miksi Suomessa ei seurata terveyspalveluilla tuotettua terveyshyötyä? Tuloksia Utilis Sanitas -hankkeesta
Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta

Publications of the University of Eastern Finland. Reports and studies in Health Sciences Numero 25. 2017. 77 s.

ISBN (print): 978-952-61-2675-3

ISBN (pdf): 978-952-61-2676-0

ISSN (print): 1798-5722

ISSN (pdf): 1798-5730

ISSN-L: 1798-5722

TIIVISTELMÄ

Terveydenhuollossa on maailmanlaajuisesti meneillään murros, jossa palveluita ja niiden tehokkuutta arvioidaan tuottavuuden sijasta palveluilla tuotetun terveyshyödyn perusteella, yhä enenevässä määrin ja yhä useammassa maassa. Kansallista, vuosittain toimivaa ja raportoitavaa yhtenäisin periaattein toteutettavaa sekä kattavaa terveyshyödyn seuranta- ja vertailujärjestelmää ei kuitenkaan tällä hetkellä Suomessa ole olemassa. Maassamme tiedetään vain vähän palvelutuottajakohtaisesta sairaanhoidon tuloksellisuudesta verrattuna moniin muihin maihin.

Utilis Sanitas -hankkeen esitutkimuksen tarkoituksena oli vastata kysymykseen, mitä edellyttää tällä hetkellä maassamme puuttuvan terveyshyödyn seurannan käynnistäminen. Utilis Sanitas -hankkeen päätavoitteeksi asetettiin järjestelmällistä kansallisesti terveydenhuollon laadun, ja alkuvaiheessa erityisesti terveydenhuollolla tuotettavan terveyshyödyn, seuranta sekä tuoda tieto mahdollisimman reaaliaikaisesti tiedon hyödyntäjien, eli pääosin kuntien, potilaiden ja hankkeeseen osallistuvien terveydenhuollon palveluntuottajien saataville.

Terveyshyödyn seurannan organisoinnin todettiin projektin aikaisessa vaiheessa vaativan etenkin jo olemassa olevien edellytysten sekä eri toimijoiden työpanosten koordinoitua. Hanketyö menetelmiltään muodostui esitutkimuksen alussa pääosin työryhmytyöstä, kirjallisuuskatsauksista, neuvotteluista ja yhteydenpidosta. Hankkeessa otettiin periaatteeksi hyödyntää olemassa olevia tietovarantoja ja verkostomaista työtapa. Hankkeessa testattiin terveyshyödyn tunnuslukujen tuottamista palveluntuottajatahoille, jolloin tietotuotannon ja terveyshyödyn seurantajärjestelmän toimintaprosessi muotoutuivat hankkeen kuluessa.

Terveyshyödyn seurannan todettiin olevan mahdollista kaikkien seurattavaksi valittujen hoitokokonaisuuksien, eli aivoinfarktin, diabeteksen ja depression osalta. Näiden indikaattoreiden ja useiden muidenkin vastaavien osalta, voidaan jo nyt isoa joukkoa terveyspalvelujen tuottajista sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairanhoidossa arvioida yhdenmukaisesti sen mukaan, mikä on hoidon kustannus tai hinta ja mikä on kyseisen organisaation tuottaman hoidon oletettu terveyshyöty. Esimerkiksi lonkan tekonivelleikkauksen hinta voidaan kuvata DRG:llä ja odotettavissa oleva hyöty uuden, ennenaikaisen vastaavan leikkauksen todennäköisyydellä. Vuotuista diabeteshoidon kustannusta voidaan kuvata episodiryhmittelyllä ja hoidosta oletettava terveyshyöty todennäköisyydellä, jolla hoidon tuloksena verensokerin tasapaino on hyväksyttävä ja stabiili. Terveyshyödyn mittareiden toteutuksen kautta havaittiin eräitä välttämättömiä edellytyksiä, esteitä ja kehityskohteita terveyshyödyn kansallisen seurannan toteuttamiselle. Potilaalle tuotettua terveyshyötyä koskevan tiedon epäsymmetrian syynä ei ole niinkään tiedon puute kuin se, että saatavilla olevaa tietoa ei käytetä hyväksi päätöksenteossa ja johtamisessa. Terveyshyödyn seurannan toteuttamisen eräänä edellytyksenä on, että palvelujen rahoituksesta vastaava taho kantaa entistä paremmin vastuuta palvelujen kokonaiskustannuksista ja -hyödyistä.

Hankkeen johtopäätöksenä kansallisten sote-uudistusta toteuttavien toimielinten ja vastuutahojen tulisi perustaa viipymättä organisaatio tai verkostomainen projektiluonteinen kokonaisuus Suomen kansallisen terveyshyödyn seurantajärjestelmän suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi kansainvälisten esimerkkien mukaisesti. Nykyiset toimenpiteet terveyshyödyn yhtenäisten mittareiden valinnalle ja toteutukselle, sekä tarvittavan järjestelmällisen vuosittaisen seurannan organisoimiseksi, ovat riittämättömiä erityisesti potilas- ja terveysongelmatason terveyshyödyn mittareiden osalta. Utilis Sanitas -hankkeen esimerkkejä terveyshyödyn mittareiden valinnassa, määrittelyssä, karsinnassa, kehittämisessä, toteutuksessa ja raportoinnissa, sekä monien eri kansallisten terveyshyödyn seurantaan kontribuovien tahojen toiminnan koordinoimisessa, voidaan soveltaa kansallisen terveyshyödyn seurannan käynnistämiseksi. Myös esimerkkejä muista maista tulisi hyödyntää.

Luokitus: W 74, W 84.4, WA 540 GF5, WX 157.8

Yleinen Suomalainen asiasanasto: kustannustehokkuus; laatu; terveydenhuolto; terveyshyödyt; sote-uudistus; tuottavuus; vaikuttavuus

Esipuhe

Julkista ja vertailukelpoista seurantaan terveydenhuollon kaikista, julkisista ja yksityisistä, toimiyksiköiden laadusta ole Suomessa toiminnassa syksyllä 2017. Toisaalta ulkomaisia esimerkkejä, vaikkakin eri periaattein toimivia, on useita. Muun muassa Ruotsi, Iso-Britannia, Yhdysvallat ja Sveitsi ovat ottaneet käyttöön laaja-alaista terveydenhuollon laadun seurantajärjestelmiä ja menetelmiä eri toimintatavoin ja eri kattavuudella.

Utilis Sanitas -projektin esitutkimukselle, jonka toimintakäytäntöjä ja tuloksia tämä julkaisu pääosin kuvaa, asetettiin kunnianhimoinen tavoite; etsiä edellytykset kansallisen Suomessa potilaalle tuotetun terveyshyödyn seurannalle. Tässä tavoitteessa osittain epäonnistuttiin. Kuitenkin Utilis Sanitas -esitutkimus onnistui osoittamaan, että potilaalle aikaansaadun terveyshyödyn kattava seuranta on mahdollista, ja eräillä alueilla jo käynnissä nykyisin resurssein sekä tietojärjestelmin.

Esitutkimuksen aikana kertyi muutakin arvokasta tietoa, joka auttaa kohdistamaan terveydenhuollon kehittämiseen kohdistettavia resursseja oikeisiin, potilasta parhaiten palveleviin seurantamenetelmiin ja -prosesseihin. Tässä julkaisussa on esitutkimuksen aikana selvitettyihin seikkoihin perustuen pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden, sekä ensisijaisesti potilaalle terveyspalveluilla tuotetun terveyshyödyn, seurannan ongelmia, sekä näiden ongelmien ratkaisuja.

Nykyinen tilanne kansallisen terveyshyödyn seurantajärjestelmän puuttumisesta on suuressa ristiriidassa julkisuudessa vallitsevaan konsensukseen vaikuttavuustietojen tärkeydestä. Esitutkimuksen tulosten ja kokemusten perusteella vastaus pääkysymykseen "Miksi Suomessa ei seurata terveydenhuollossa tuotettua terveyshyötyä?" onkin yllättäen, ettei tähän ole ollut maassamme tarvittavaa halua tai kannusteita ryhtyä. Poliittiset ja virkamiestason puheet terveyshyöty-, laatu- ja vaikuttavuustietojen välttämättömyydestä suomalaiselle terveydenhuoltojärjestelmälle eivät ole johtaneet järjestelmän käynnistämiseen eivätkä sen resursointiin tarkoituksenmukaisella tasolla. Kansalliset vastuutahot ovat olleet haluttomia perustelemaan vaikuttavuustietojen kattavan keruun hyötyjä ja siten kansallisen seurantajärjestelmän perustamista, mahdollisesti poliitikkojen terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvien muiden, kuten aluepoliittisten ja rahallisten tavoitteiden priorisoinnin vuoksi. Resurssit sekä kansallisen tason mandaatti potilaalle tarjotun terveydenhuollon laadun ja tulosten seurannalle, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen PERFECT-tutkimusta lukuunottamatta, ovat siten jääneet toteutumatta.

Asiaan liittyy kulttuurillisia ja historiallisia tekijöitä. Ylipäätään Suomen terveydenhuollon korkeinta päätäntävaltaa käyttäville tahoille, eli kunnallisille poliittisille elimille, kustannuksista puhuminen on todetusti yksinkertaisempaa ja tutumpaa kuin terveydenhuollon tuloksista. Nykyinen terveydenhuoltojärjestelmän poliittinen ohjausmekanismi ei palkitse kuntapäätäjää eikä terveydenhuoltoyksiköitä potilaille tarjotusta korkeasta laadusta eikä terveyshyödystä – suurin huomio keskittyy vain ja ainoastaan kustannusten nousun kontrollointiin toiminnan laatutasosta välittämättä. Nämä päättäjät eivät myöskään tässä yhteydessä näytä ottavan huomioon, että alunperin huonolaatuisen hoidon tuloksena kokonaiskustannukset potilaan elinkaaren aikana kasvavat tarpeettomasti. Tämä johtaa usein kustannusten hallitsemattomaan nousuun terveydenhuollon kustannusten kertyessä toistuvina käynteinä, uusintaleikkauksina ja kansalaisten henkisenä pahoinvointina moninkertaisesti laadukkaaseen toimintaan nähden. Toisaalta kansallisella tasolla Sosiaali- ja terveysministeriö, mahdollisesti lakkautetun Lääkintöhallituksen perintöä varoen, on jättänyt terveyshyödyn kansallisen tason seurannan käynnistämättä ja vastuun laatu- ja vaikuttavuustietojen seurannasta tuottajatahoille itselleen.

Käytännön ongelmana terveyshyödyn kattavaan seurantaan tarvittavat tietojärjestelmäratkaisut vaatisivat investointeja, joita kartetaan. Toisaalta terveyshyötytietojen seurannan mahdollistavaan tiedonkeruuseen ja -jalostamiseen tarvittavien investointien suuruus esimerkiksi sairaalainvestointeihin nähden olisi erittäin pieni. Päähuomio sote-uudistuksen edistämiseksi valitettavasti näyttäisi kuitenkin olevan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteissa, potilaan hoidon kehittämisen sijaan.

Valitettavasti myös tuotettua terveyshyötyä – tai sen puutetta – koskevat toimitukselliset tiedot ovat heikommin menestyneille tahoille kiusallisia, jolloin niiden julkaisua pyritään toisinaan aktiivisesti estämään sekä tuloksia kritisoimaan, usein hatarin tai virheellisin perustein.

Hyödyt, joita terveyshyödyn seurannalla on saatavilla, ovat kuitenkin kiistattomat viitaten ulkomaisten seurantajärjestelmien tuottamiin tuloksiin ja muuttuneisiin toimintatapoihin. Esimerkiksi Ruotsissa terveyshyötytietojen julkaiseminen johti alkuvuoteen jälkeen terveydenhuollon laadun ja tulosten tasaiseen kehittymiseen useilla erikoisaloilla. Suomen oman sote-uudistuksen edetessä, tai peräti siitä huolimatta, on jokaisen Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden hyväksi työtä tekevän henkilön velvollisuus seurata ja kehittää myös tehtyjen töiden tuloksia. Pelkästään toiminnan kustannuksia optimoiden, laatutasosta välittämättä, ei tulla saavuttamaan sote-uudistukselle asetettuja taloudellisiakaan tavoitteita.

Yllä mainittujen havaintojen perusteella on toisaalta huomattavaa, että suurimmat esteet suomalaisen terveydenhuollon potilaalle tuotetun hyödyn ja toiminnan laatutason seurantaan eivät ole teknisiä, vaan inhimillisiä. Suomalainen tietotekninen osaaminen sekä kansalliset rekisterit ovat erinomaisella tasolla ja tämän tutkimuksen tulosten perusteella monesti riittäviä, että useita monipuolisia terveyshyödyn mittareita olisi mahdollista saada lyhyelläkin aikavälillä tuotetuksi.

Toisin sanoen oikeanlaisella organisoinnilla laadukas terveyshyödyn ja terveydenhuollon laadun seurantajärjestelmä voisi olla toiminnassa jo muutaman vuoden kuluessa. Osittaisia tuloksia olisi tuotettavissa jo vuoden tai kahden sisällä.

Toivomme siten, että tämä julkaisu ja Utilis Sanitas -esitutkimuksen tulokset, päätavoitteen viipymisestä huolimatta, rohkaisevat edelleen terveyshyödyn seurannan kansallisen järjestelmän käynnistämiseen.

Kiitämme erityisesti kaikkia projektiin osallistuneita ja sitä tukeneita tahoja. Projektia rahoittivat Suomen Kuntaliitto, Suomen Terveystalo, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kunta-yhtymä, Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä Carea, Helsingin ja Uudenmaan, Keski-Suomen, Vaasan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirit sekä Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra. Yhteistyötahoina projektiin osallistuivat merkittävällä työpanoksella yllä mainittujen rahoittajatahojen lisäksi Suomen Lääkäriliitto, Itä-Suomen yliopisto ja Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito -toimitus. Projektin vastuullisena toteuttajana toimi FCG Konsultointi Oy. Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta osallistui hankkeen ohjausryhmään aktiivisesti Jukka Kärkkäinen, jota laitoksen lisäksi kiitämme hyvästä yhteistyöstä. Kiitämme myös monia FCG Konsultointi Oy:n työntekijöitä, jotka kontribuoivat hankkeeseen. Erityiskiitos kuuluu väliaikaiselle projektipäällikölle Saija Halmeelle.

Laajan osallistujajoukon sitoutuneisuus projektiin osoittaa, että terveyshyödyn seurannan käynnistämiseen on Suomessa asiantuntija- ja palveluntuottajatahojen parissa laaja kannatus ja jopa innostus. Näin ollen potilaan asemaa parantavan laadunseurannan käynnistyminen on Suomessakin vain ajan kysymys.

Esitutkimuksen kirjoittajien ja yhteistyötahojen puolesta.

Turussa ja Ruokolahdella, 22.11.2017

Mika Keinänen ja Ilkka Vohlonen
Projektipäälliköt

Sisällysluettelo

1. Johdanto	1
1.1. Terveydenhuollon laadunseurannan kansainvälinen konteksti.....	1
1.2. Mitä on terveyshyöty?	2
1.3. Terveyshyödyn mittaamistavat	3
1.4. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen tilanne Suomessa	3
1.5. Mihin terveyshyödyn seurantaan tarvitaan Suomessa?	5
1.6. Utilis Sanitas –hankkeen käynnistyminen	6
1.7. Utilis Sanitas –hankkeen tavoitteet.....	7
2. Utilis Sanitas -hankkeen työprosessi ja organisoituminen	9
2.1. Hankkeen työmenetelmien suunnittelu	9
2.2. Rahoittaja- ja yhteistyötahot.....	9
2.3. Hankkeen aikataulu ja työvaiheet pääpiirteittäin.....	10
2.4. Hoitokokonaisuuksien ja mittareiden valintaprosessi	11
2.5. Hoitokokonaisuuksien valinta äänestyksellä	12
2.6. Terveyshyödyn mittareiden valinta	13
2.9. Valittujen terveyshyödyn mittareiden toteutus	21
3. Terveyshyötietojen hyödyntämisen nykytilanne Suomessa	24
3.1. Tausta.....	24
3.2. Tavoite ja asetelma	25
3.4. Menetelmät.....	26
3.5. Tulokset	26
3.6. Johtopäätökset	28
4. Masennuksen hoidon tuottaman terveyshyödyn mittaaminen ja seuranta	29
4.1. Tausta.....	29
4.2. Tavoite	29
4.5. MADRS- ja BDI-mittaukset Eksotessa ja Terveystalossa	30
4.6. Depression hoidon Terveyshyödyn määrittäminen Eksotessa	31
4.7. Johtopäätökset	34
5. Diabeteksen hoidon tuottaman terveyshyödyn mittaaminen ja seuranta.....	36
5.1. Tausta ja tavoite.....	36
5.2. Aineisto ja menetelmät.....	36
5.3. Tulokset	37
5.4. Johtopäätökset	38
6. Aivoinfarktin hoidon tuottaman terveyshyödyn mittaaminen ja seuranta	40
6.1. Tausta.....	40
6.2. Tavoite	40
6.3. Aineisto ja menetelmät.....	40
6.4. Tulokset	41
6.5. Johtopäätökset	43
7. Terveyshyöty- ja kustannustietojen yhteistarkastelu: Case aivoinfarkti	45
7.1. Tausta ja tavoite.....	45
7.2. Aineistot.....	45
7.3. Menetelmät.....	45
7.4. Tulokset	46
7.5. Johtopäätökset	47
8. Utilis Sanitas -esitutkimuksen tulokset.....	48
8.1. Utilis Sanitas -esitutkimuksen tavoitteet	48
8.2. Hankkeen tulokset tavoitteittain.....	48
9. Johtopäätökset	54
9.1. Mitä toimenpiteitä tarvitaan terveyshyödyn seurantaan Suomessa?.....	54

9.2. Terveishyödyn seurannan käynnistämisen toimenpide-ehdotukset	55
10. Yhteenveto.....	61
10.1. Miksi Suomessa ei seurata terveystalvuluilla tuotettua terveishyötyä?	61
10.2. Havainnot kansallisesta yhteistyöstä nykytilanteessa	61
10.3. Kansallinen vastuutaho terveishyödyn seurantaan.....	63
Lähteet	64
Liite 1. Utilis Sanitas -hankkeen mittareiden kuvaukset	65
Liite 2. Kuvaukset hankkeessa priorisoidujen mittareiden toteutuksesta	75

1. Johdanto

1.1. TERVEYDENHUOLLON LAADUNSEURANNAN KANSAINVÄLINEN KONTEKSTI

Terveydenhuollossa on maailmanlaajuisesti meneillään murros, jossa palveluita ja niiden tehokkuutta arvioidaan niiden tuotantovolyymien sijaan yhä enenevässä määrin ja yhä useammassa maassa, palveluilla tuotetun terveyshyödyn (health gain) perusteella. Tästä käsitteestä arkikielessä usein käytetään nimityksiä “vaikuttavuus”, “tuloksellisuus” ja “laatu”. Usein potilaille tuotettu terveyshyöty myös suhteutetaan kustannuksiin ja ymmärretään, että huonolaatuinen hoito tulee kalliimmaksi sekä terveyspalvelujen että erityisesti niihin liittyvien epäsuorien kustannusten osalta. (Porter ym. 2016)

Toisaalta kansallisilla, ja etenkin kansainvälisellä tasolla standardoitujen terveyshyödyn mittaristojen käyttöönotto on ollut hidasta. Organisaatiot, jotka ovat päättäneet ryhtyä eturintamassa ottamaan käyttöön terveyshyödyn seurantaan, ovat useimmiten kehittäneet omat tapansa ja mittarinsa. Tämä tilanne johtaa terveyshyödyn mittareihin perustuvan vertailun, laadulla kilpailun sekä parhaista käytännöistä oppimisen toimimattomuuteen. (Porter ym. 2016). Useimmiten nämä organisaatiot (monesti ns. “Bismarckilaisia”) ovat sellaisia, että niissä organisaation kustannukset muodostuvat sekä palvelujen tarjonnasta että sairastamiseen liittyvistä tulonsiirroista.

Useissa OECD-maissa on kuitenkin viimeisten vuosikymmenien aikana muodostunut edistyneitä maakohtaisia terveydenhuollon laadun sekä terveydenhuollolla tuotetun terveyshyödyn seurantarjestelmiä. Motiivit, syyt ja toteuttamismallit näiden järjestelmien ylläpitämiseksi ovat vaihdelleet yhteiskunnasta toiseen.

Suomessa useat seikat, kuten potilaan valinnan vapauden toteutuminen elektiivisissä hoidoissa, eri hoidoilla tuotetun kustannusvaikuttavuuden selvittäminen, ja hoitomallien vertailu sekä kehittäminen vaatisivat tuekseen terveydenhuollon tuottaman terveyshyödyn selvittämistä ja järjestelmällistä seurantaan. Terveyshyödyn ja laadun mittariston perustaminen on myös toistuvasti todettu sote-uudistusta valmistelemissä selvityksissä. (esim. Pöysti ym. 2015)

Kansallista vuosittain toimivaa ja raportoitavaa yhtenäisin periaattein toteutettavaa kattavaa terveyshyödyn seuranta- ja vertailujärjestelmää ei kuitenkaan ole tällä hetkellä Suomessa olemassa. Sitä ei ole saatavilla yksittäisille potilaille, tuotannonohjaukselle eikä palvelujen rahoittajalle.

Vaikka taloudellisuutta ja tuottavuutta seurataan, ei laaduttoman hoidon vaikutuksesta toiminnan taloudellisuuteen, esimerkiksi hoidon toistuvuuden tai uusintaleikkausten kautta, ole kattavaa tietoa.

Nykyisessä tilanteessa hoidon tuloksen, eli terveyshyödyn seuranta on useiden maakuntien alueella puutteellista, ja kansallisesta näkökulmasta erittäin hajautunutta. Kansallisen koordinaation puuttuessa koko maan kattavaa konsensusta Suomen terveydenhuollon toimijoilta edellytetyistä terveyshyödyn mittareista ei tällä hetkellä ole olemassa.

Poikkeuksena tietävästi ainoa olemassa oleva kansallisen tason laadunseurantatutkimus, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) PERFECT-tutkimus, tuottaa tietoa terveydenhuollon, erityisesti erikoissairaanhoidon laadusta. Terveyshyödyn mittareita ja yksikkökustannuksia on PERFECT:ssä tarkasteltavissa viittä hoitokokonaisuutta koskien. Tutkimustulosten päivitystaajuus vaihtelee eri hoitokokonaisuuksissa. Ajantasaista tietoa vuodelta 2016 on käytettävissä aivohalvauksen, sepelvaltimotautikohtauksen sekä lonkkamurtuman hoidon osalta. PERFECT-tutkimus tuottaa kustannusvaikuttavuuden vertailun tueksi myös vertailukelpoisia tietoja hoidon kustannuksista. Lisäksi maassamme on olemassa erittäin hyvä tasoista tuotannonohjaamiseen tarkoitettua terveyshyödyn seurantaan eräillä yksityisillä ja julkisilla tuottajilla.

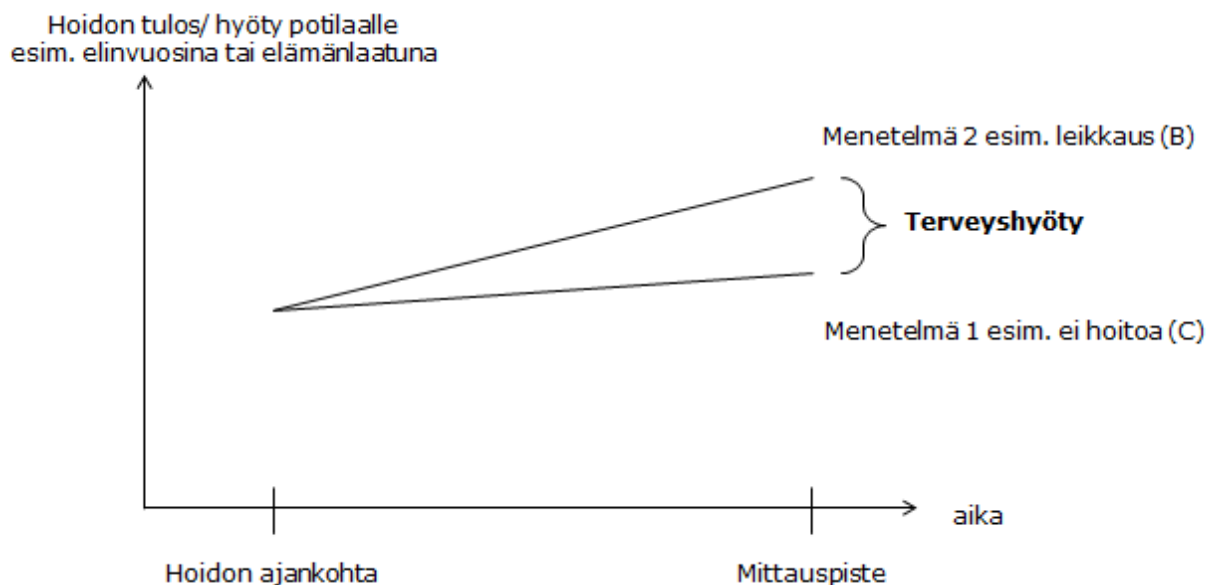
Toisaalta alueellisia aloitteita terveyshyötyjen seurantaan on Suomessa paljonkin, eräissä sairaanhoitopiireissä ja terveyskeskuksissa sekä yksityisillä palvelutuottajilla, mutta pääsääntöisesti ilman yhteiskoordinaatiota. Toisin sanoen maassamme on tutkimusosaamista sekä useita alueellisia aloitteita vaikuttavuuden seurantaan, mutta pääosin seuranta ei ole systemaattista ja kattavaa. Hoidon

tulosta koskevat tiedot kertyvät fragmentaarisesti eri toimijoilla, jotka hallinnoivat ja omistavat omat tietonsa, jolloin vaikuttavuuden vertailu perustuu vapaaehtoisuuteen. Tärkeänä seurauksena on, ettei kansallisia vaikuttavuustietoja hyödynnetä terveyspalvelujärjestelmän kehittämisessä niin laajasti kuin olisi mahdollista.

Suomen tilannetta kansainvälisesti verraten, mm. Ruotsissa on jatkuvassa vuosittaisessa sekä kansallisessa seurannassa yli 150 terveyshyödyn ja terveydenhuollon laadun mittaria eri tautiryhmistä ja näkökulmista, sekä alueelliset kustannukset. Järjestelmästä käytetään nimitystä avoimet vertailut (Öppna Jämförelser, SLL 2015). Vastaavia kansallisia terveyshyödyn seurantajärjestelmiä on toiminnassa esimerkiksi Norjassa, Iso-Britanniassa, Sveitsissä ja Yhdysvalloissa esimerkiksi Seattlen alueella (SUBIMO: Making Health Care Decisions Easier ja Quality Check: Quality Information and Performance Reports of Accredited Health Care Organizations).

1.2. MITÄ ON TERVEYSHYÖTY?

Terveyshyödyn määritelmiä on saatavilla useita, mutta terveystaloustieteen kontekstissa terveyshyöty voidaan määritellä esimerkiksi alla kuvatusti. Terveyshyödyn englanninkielinen vastinetermi on ”health gain”. Tässä hankkeessa terveyshyötyä terminä käytetään synonyyminä vaikuttavuudelle ja hoidon tuloksellisuudelle. Vaikuttavuuden on Suomessa yleistyneen määritelmän mukaan määritely olevan: ”-- se nettomuutos toiminnan perimmäisessä tavoitteessa, joka on luettavissa toiminnan ansioksi, terveydenhuollosta puhuttaessa muutos terveydentilassa.” (Sintonen & Pekurinen: Terveystaloustiede 2006)



Kuva 1.1. Terveishyödyn määrittely.

Terveyshyöty (vaikuttavuus) on käsitteenä usein operationalisoitu tutkimuksissa käytettäväksi mittariksi joko potilaan elinvuosien tai terveyteen liittyvän elämänlaadun muutoksena (Kuva 1.1). (Sintonen & Pekurinen 2006) Nämä voidaan myös suhteuttaa toisiinsa, jolloin saadaan terveyshyödyille yksi mittari, laatupainotetut elinvuodet (Quality Adjusted Life Years, QALY) (Sintonen 1999). Laatupainotetuilla elinvuosilla on merkittävä asema resurssien kohdentamista koskevassa päätöksenteossa etenkin Iso-Britanniassa, mutta myös monessa muussa Euroopan maassa.

Potilaan elinvuosien mittaaminen perustuu usein systemaattisesti kerättäviin rekisteritietoihin hoidon toteutumisesta tai esimerkiksi väestötason kuolinsyyrekistereihin. Terveyteen liittyvän elämänlaadun muutosta voidaan kuvata monilla eri mittareilla, niin yksittäisten tautien seurantaan

kehitettyillä sairausspesifisillä mittareilla, kuin erilaisten sairausryhmien vertailun mahdollistavilla yleisillä, eli geneerisillä, mittareilla.

Kun terveyshyöty halutaan ilmaista saavutettuina laatupainotettuina elinvuosina, on terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaamisessa käytettävä yhden indeksiluvun tuottavia geneerisiä elämänlaatumittareita, Tällaisia ovat muun muassa maailmalla laajasti käytetty EuroQol EQ-5D mittari ja Suomessa kehitetty 15D-mittari, johon perustuen on Suomessa saatavilla kattavaa referenssiaineistoa eri terveysongelmien vaikutuksista väestöryhmissä.

Yksikään terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari ei ole toistaiseksi saavuttanut kultaisen standardin asemaa, ja eri mittareilla tuotettua tietoa verrattaessa on pidettävä mielessä, että tulokset eivät välttämättä aina ole suoraan vertailukelpoisia.

Moderni määrittely terveyshyödyille käyttää useita vertailukohteita kuvassa 1 esitettyjen B:n ja C:n sijaan sekä potilaskohtaisia jakaumia tai luottamusvälejä hoidon tuloksen esittämisessä. Näin ollen voitaisiin esimerkiksi kansallisesti asettaa hyväksyttävät rajat potilaalle tuotetun terveyshyödyn luottamusväleille hoitokokonaisuuksittain.

Yksinkertaisimmillan terveyshyötyä voitaisiin mitata jo vuonna 1950 julkaistun Potential Years of Life Lost (PYLL) avulla tiettyjen sairaus- ja kuolinsyryhmien tarkastelulla. (Haenszel 1950) Tällöin lähtökohtana on joko ehkäistävissä olevien tai hoidettavissa olevien ennen aikaisten kuolemien välttäminen.

1.3. TERVEYSHYÖDYN MITTAAMISTAVAT

Terveyshyödyn mittaamisen lähestymistavat terveydenhuollossa jakautuvat pääosin kolmeen ulottuvuuteen. Erilaisilla mittareilla voidaan arvioida potilaalle tuotettua terveyshyötyä eri näkökulmista. Terveyshyötyä voidaan mitata ja sen kehittämistä voidaan toimeenpanna outcome-, prosessi- tai struktuurimittareilla ja vastaavilla toimenpiteillä.

Struktuurimittarit kuvaavat terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuutta kokonaisuutena. Struktuurin toimivuuden mittari on esimerkiksi odotusaika tai jono lääkärin vastaanotolle terveyskeskuksessa. Yleensä struktuuria korjataan esim. koulutuksen, rakenteiden sertifioinnin jne. avulla.

Prosessimittarit kuvaavat hoidon prosessin toimivuutta. Prosessin mittari on esimerkiksi niiden potilaiden prosentuaalinen osuus kaikista aivoinfarktin vuoksi hoitoon tulleista potilaista, joille annettiin liuotushoito aivoinfarktin hoitotoimenpiteenä. Yleensä terveyspalvelujen laadun kehittämisessä painotetaan prosessin toimivuutta, esimerkiksi Käypä hoito -suosituksissa. Perustuen tutkimustietoon, voidaan useissa tapauksissa todeta prosessin näkökulmasta tehokkaan toiminnan johtavan myös parempiin hoidollisiin tuloksiin (outcome).

Outcome-mittarit kuvaavat sitä, onko hoito onnistunut suunnitellulla tavalla tai sitä, minkälaisen tuloksen terveydentilassa hoito on saanut aikaiseksi. Outcome-mittari on esimerkiksi ensimmäisen tekonivelleikkauksen jälkeen tietynä seuranta-aikana uusintaleikkaukseen päätyneiden potilaiden prosentuaalinen osuus vuoden aikana tekonivelleikkauksen saaneista potilaista. Tärkeimpänä tuloksellisuuden mittarina voidaan yllä kuvatusti kuitenkin pitää hoidon tuottamaa nettomuutosta potilaan terveydentilassa. Tärkeää on, että hoidon tuottamaa terveyshyötyä ei nähdä kapea-alaisesti vain lääketieteellisen korjauksen valossa, vaan myös potilaan toimintakyvyn palautumisena.

1.4. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAKENNEUUDISTUKSEN TILANNE SUOMESSA

Suomessa on valmisteilla sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus, jonka on tarkoitus tulla voimaan siten, että uudistetun rakenteen mukainen toiminta alkaa vuonna 2020. Hallitusohjelman mukaan tavoitteena on terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hallinta. Uudistus toteutetaan palveluiden täydellisellä horisontaalisella ja vertikaalisella integraatiolla sekä vahvistamalla palveluiden järjestäjien kantokykyä. Tavoitteena on ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeä palveluketjun saumaton kokonaisuus. Reformilla arvioidaan olevan merkittävä vaikutus

talouden kestävyysvajeeseen. Reformissa painotetaan myös terveydenhuollon rahoittamisesta ja johtamisesta vastuussa olevien tahojen toiminnan kehittämistä, erityisesti epätarkoituksenmukaisen palvelujen käytön ohjaamisella. Epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä aiheutuu mm. siitä, että hoidon huonon tuloksellisuuden tuloksena hoidon toistuvuus ja liitännäispalvelujen tarve kasvavat.

Sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä vastuu siirretään kunnilta maakunnille. Näin uudistukseen kytkeytyy myös aluehallinnon uudistus, ja muodostettaville maakunnille siirtyy suunnitelmien mukaan muitakin tehtäviä niin kunnilta, maakuntaliitoilta kuin valtion aluehallinnoltakin. Maakunta voi järjestää palvelut omana tuotantonaan tai hankkia niitä yksityisen tai kolmannen sektorin organisaatioilta.

Maakuntia muodostetaan 18. Maassamme on nykyisin 20 sairaanhoitopiiriä, joten terveydenhuollon näkökulmasta sote-uudistus tukeutuu pääosin jo vakiintuneisiin sairaanhoitopiirien yhteistyörakenteisiin. Lisäksi on tarkoitus muodostaa viisi yhteistyöaluetta nykyisten erityisvastuualueiden pohjalta.

Sote-palveluiden rahoitusvastuu siirtyy uudistuksessa valtiolle. Tarvittavat varat kerätään valtion verotuksessa muuttamalla ansiotuloverotuksen asteikkoa ja eräitä tuloverotuksen vähennysten parametreja. Rahoitus kohdistetaan maakunnille yhtenä kokonaisuutena, josta se rahoittaa säädetty tehtävät. Hallitus käynnistää kuitenkin selvityksen maakuntaveron käyttöönoton mahdollisuuksista.

Uudistuksessa puretaan nykyinen osaoptimointiin kannustava monikanavarahoitus. Rahoitus integroidaan jatkossa kulkemaan yhden maakunnallisen järjestäjän kautta, jonka tulee tuntea väestön tarpeet ja kyetä suunnittelemaan väestölle tarjottavien palvelujen kokonaisuus.

Sote-uudistukseen liittyen luodaan valinnanvapauslainsäädäntö. Valinnanvapaus toteutetaan pääsääntönä perustasolla ja soveltuvien osin erikoistason sote-palveluissa. Maakunta erottaa järjestämisen ja tuotannon eri organisaatioihin ja voi hyödyntää myös yhtiömuotoa laissa tarkemmin säädettävällä tavalla. Uudistukseen liittyvien lakien viimeistely on meneillään ja tavoitteena on, että eduskunta hyväksyisi lait kevään 2018 aikana.

Hallitusohjelmassa esitetään tavoitteena mittariston laatiminen palvelutuotannon tehokkuuden ja laadun arviointia varten. Kun palvelutuotannon monipuolisuutta laajennetaan, eri tuotantotapojen vertailtavuus ja järjestelmällisen vertailun lisääminen on tärkeää niin palvelujen rahoittajan kuin käyttäjänkin kannalta. Hallitus painottaa uudistuksen merkitystä myös asiakkaalle tai potilaalle, jonka näkökulmasta palveluketjujen sujuvuus ja palvelukokonaisuuden vaikuttavuus ovat keskeisen tärkeitä.

Sote-uudistuksen valmisteluryhmistä Vaikuttavuus ja kustannustieto -ryhmän tehtävänä on valmistella ehdotukset valtakunnallisesti yhtenäiseksi mittaristoksi palveluiden tarpeen arviointiin sekä laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja tehokkuuden seuraamiseen. Ryhmä laatii myös ehdotukset indikaattoritiedon kokoamiseksi sekä valmistelee tarvittavat säännökset. Ryhmän työ on vielä kesken. Ryhmä perustettiin Utilis Sanitas –hankkeen ollessa meneillään.

1.5. MIHIN TERVEYSHYÖDYN SEURANTAA TARVITAAN SUOMESSA?

Seminaaritulaisuudessa esitettyjen puheenvuorojen mukaan (Pälve ym., Kuntatalo 2014) sekä sitä ennen ja sen jälkeen käytyjen keskustelujen perusteella päädyttiin monipuoliseen näkemykseen siitä, miten terveyshyötietoja voitaisiin ja pitäisi hyödyntää Suomessa. Tätä alla kuvattua näkemystä hyödynnettiin hankkeen tavoitteiden asettamisessa. Järjestelmällistä ja eri palveluntuottajatahojen välisesti vertailukelpoista tietoa hoidon aikaansaamista terveyshyödyistä katsottiin tarvittavan ainakin seuraaviin tarkoituksiin ja seuraavien kohderyhmien käyttöön.

- Kansalaiselle hoitopaikan valinnan vapauden tueksi.
- Terveydenhuollon palveluntuottajille toiminnan laadun järjestelmälliseen kehittämiseen, toimintamallien tuottamien tulosten vertailuun sekä parhaiden hoitokäytäntöjen/prosessien etsintään.
- Järjestämis- ja rahoitusvastuullisille tahoille, kunnille ja terveyskeskuksille tuottajien sekä tehokkaiden hoitomuotojen valintaan, palvelujärjestelmän kokonaisuuden toimivuuden arviointiin, sekä kunnallisen ja terveyspalvelujärjestelmän toiminnan kehittämiseen.
- Kansallisesti koko maan terveydenhuoltojärjestelmän resurssien ohjaamiseen eniten terveyshyötyä tuottaviin hoitotoimenpiteisiin ja -prosesseihin, sekä toteutettujen kansallisen tason terveystoimintojen linjausten vaikutusten seurantaan.

Ellei Suomessa saada tuotettua tietoa terveydenhuoltomme laadusta ja palveluilla tuotettavasta terveyshyödystä, jää potilaan valinnan vapauden positiivinen ohjaava vaikutus palveluiden kansalliseen tuotantorakenteeseen välttämättä puutteelliseksi. Tässä tilanteessa potilaat valitsevat hoitopaikkansa vajavaisen tiedon perusteella, tai muihin seikkoihin tukeutuen, esimerkiksi vain lähimmän hoitopaikan mukaan.

Palveluiden rahoittaja ja tilaaja joutuu samoin tekemään väestölle tarjottavien palveluiden/hoitomuotojen sekä palveluntuottajien valinnassa päätöksiä nykytilanteessa vain palveluiden yksikköhintaan perustuen, tuntematta hoidon vaikuttavuutta ja sen merkitystä potilaan hoidon kokonaiskustannuksiin tai vielä suurempiin epäsuoriin kustannuksiin. Lyhyen aikavälin hyötynä terveyshyödyn seurannan käynnistämisessä on siten myös sairaanhoidon palveluiden läpinäkyvyyden korostuminen, kun palveluilla tuotetun terveyshyödyn näkökulma voidaan liittää perinteisempien kustannus- ja hintavertailujen rinnalle.

Kuten useiden muidenkin palvelujen osalta, terveystoimintojen kustannusten tarkastelussa tulisi ottaa huomioon ne kustannusvaihtelut, jotka johtuvat alun perin hoidon huonosta tuloksellisuudesta. Vaikka terveystoimintojen osalta ei välttämättä aina voi määritellä palvelun laatutakuuta, olisi ymmärrettävä, että tästä analogiasta on kyse.

Palveluiden tuottajan näkökulmasta hoitoprosessin kehittämisen tulos voidaan vahvistaa vain pätevien potilaan hoidosta saamaa hyötyä kuvaavien tulosmittareiden avulla, vaikka prosessin toimivuutta, esimerkiksi hoitosuosituksen noudattamista, voitaisiinkin mitata prosessimittareilla. Palveluntuottajille tieto palveluilla tuotetuista terveyshyödyistä auttaa kehittämään hoitoprosesseja ja säästämään näin resursseja, sekä ohjaamaan resursseja eniten potilasta hyödyttäviin hoitotoimenpiteisiin.

Tietoa tarvittaisiin myös järjestelmällisen laatutyön tueksi palveluntuottajatahoilla. Laadusta tai laaduttomuudesta johtuvat erot kustannuksissa eri toimijoiden välillä ovat suuria: laaduttomuuskustannukset voivat käsittää 30 % kokonaiskustannuksista.

Myös kansainvälisesti terveydenhuoltopalveluiden hankinnan vapautuessa EU:n alueella, ja terveysturismin lisääntyessä, on terveydenhuoltomme palveluiden potilaalle tuottaman terveyshyödyn sekä hoitojen laatutason todentaminen sekä julkituonti tärkeää. Järjestelmällisen terveyshyödyn kansallisen tason mittauksen perusteella voidaan lisäksi varmistua siitä, että tehdyt terveystoimintatieteelliset päätökset ovat johtaneet toivottuihin tuloksiin ja kansalaisten terveydentilan kohentumiseen tai funktionaaliseen stabiliteettiin.

Terveyshyötyä koskevia tietoja tarvittaisiin etenkin ohjaamaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon käytettäviä resursseja niihin palvelujärjestelmän osiin ja hoitomuotoihin, jotka tuottavat kansalaisille

eniten terveyshyötyä. Eri hoitomuotojen ja -prosessien tuottamaa terveyshyötyä kuvaavia mittareita voitaisiin erityisesti hyödyntää kansallista terveydenhuollon palveluvalikoimaa harkittaessa.

Hankkeen tavoitteena oli, että järjestelmällinen laadun, terveydenhuollon palveluilla tuotetun terveyshyödyn sekä palveluiden yksikkökustannusten yhtenäinen seuranta johtavat pitkällä aikavälillä Suomen terveydenhuoltojärjestelmän tuotantorakenteen ja hoitokäytäntöjen sekä potilaille tarjottavien hoitojen valikoiman uudistumiseen kohti kustannusvaikuttavuuden optimia, ja jo lyhyenkin aikavälin jälkeen potilaiden hoidon laadun paranemiseen. Useat kansainväliset aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että terveystalouden tuotannossa tuottavuus ja tuotetun terveyshyödyn määrä korreloivat.

Muutokset toteutunevat ensivaiheessa ainakin kahta kautta: osan potilaista valitessa hoitopaikakseen laadultaan parhaita sairaaloita valinnanvapauden mahdollistamana, sekä potilas- ja hoitoprosessien tehostamisella niissä toimipisteissä, joissa terveyshyödyn ja/tai hoidon laadun mittarit osoittavat mahdollisia ongelmia. Näiden muutosten toteutumisesta ja positiivisista vaikutuksista on esimerkkejä muista maista, kuten Ruotsista, Englannista ja USA:sta.

Terveydenhuollon laatua ja potilaille tuotettua terveyshyötyä koskeva kansallinen ja kansainvälinen vertailutieto tulee näin ollen ajan myötä ohjaamaan maamme terveydenhuollon tuotantorakennetta sekä potilaalle että palveluita rahoittaville ja tuottaville tahoille edulliseen suuntaan.

Hankkeen asemoinnissa huomioitiin myös PERFECT-hankkeen tilanne ja hankkeessa seurattavat terveyshyödyn mittarit. PERFECT-hankkeessa on tällä hetkellä saatavilla vaikuttavuuden ja kustannusten mittareita viidelle hoitokokonaisuudelle. Hankkeessa vuosittain seurattavat hoitokokonaisuudet tai terveysongelmat on listattu alla, sekä osoitettu uusimpien julkisista lähteistä avoimesti saatavien mittaritietojen kohdevuodet. Aiemmin saatavilla oli terveyshyötytietoja myös skitsofrenia- ja ohitusleikkauspotilaita koskien. (THL 2017)

- Tekonivelkirurgia. Uusimmat tiedot vuodelta 2011.
- Sepelvaltimotautikohtaus. Uusimmat tiedot vuodelta 2016.
- Lonkkamurtumapotilaat. Uusimmat tiedot vuodelta 2016.
- Keskokset. Uusimmat tiedot vuodelta 2013.
- Aivoinfarktipotilaat. Uusimmat tiedot vuodelta 2016.

Aikaisemmin PERFECT-hankkeeseen kohdistui kritiikkiä sen takia, ettei se ole riittävästi julkistetaan käyttökelpoisessa aikataulussa terveystalouden tuottajien outcome-laatua. PERFECT-hanke on uudistanut Utilis Sanitas -hankkeen toteutusaikana toimintatapojaan siten, että mm. aivohalvauspotilaiden vuotta 2016 koskevat tulostiedot on raportoitu ainakin kertaalleen vuoden 2017 aikana.

1.6. UTILIS SANITAS –HANKKEEN KÄYNNISTYMINEN

Perustuen Finnish Consulting Groupin (FCG) vuonna 2013 käymiin kattaviin keskusteluihin eri terveydenhuoltosektorin toimijoiden kanssa (mm. Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, sairaanhoitopiirien talousjohtajat, useat johtavat lääkärit ja kuntayhtymien johtajat, Duodecim, Lääkäriliitto, ym.), päätettiin FCG yhdessä sidosryhmiensä kanssa valmistelemaan ja käynnistämään Utilis Sanitas -hankkeen esitutkimuksen Suomen terveyshyötyjen kansallisen seuranta- ja seurantaorganisaation suunnittelua ja toimeenpanoa varten.

Hankkeen kansallinen suunnittelu- ja aloitusseminaari järjestettiin vuoden 2014 maaliskuussa Kuntatalolla, Helsingissä. Tilaisuudessa käsiteltiin keskeisiä käsitteitä ja linjattiin alustavasti hankkeen tavoitteita.

Utilis Sanitas -hankkeen aloitusseminaariin 13.3.2014 osallistui laajasti terveyshyödyn mittaamisesta kiinnostuneita edustajia sekä palveluntuottajatahoista että kansallisista intressiorganisaatioista. Seminaarin johtopäätöksinä, joita käytettiin ohjenuorana hankkeen konkreettisten tavoitteiden asettamiselle, todettiin seuraavaa:

1. Tärkeää Suomessa olisi rakentaa potilaalle tuotetun arvon seurantaan kansallinen ja yhtenäisesti toimiva järjestelmä. Toisaalta seurantajärjestelmän monipuolisuus huomioiden koko palvelujärjestelmän, mukaan lukien yksityisen sektorin, olisi välttämätöntä.
2. Tiedon tulisi olla tuotettu toimiyksikkökohtaisesti sekä maan tasolla kattavasti ja yhteismitallisesti. Lisäksi tuotettavan tiedon on oltava kansalaiselle ymmärrettävää.
3. Tällä hetkellä sairaaloiden vertailussa painotetaan vakiointia, ja tilastollisesti merkitseviä eroja, joita saadaan esiin harvoin. PERFECT-hankkeen tiedot tulevat yleiseen käyttöön liian pitkän ajan jälkeen (noin 3 vuotta), että tuloksilla olisi nykytilanteessa käytännön hyödynnettävyyttä. Näin ollen terveyshyötyjen seurantajärjestelmän pitäisi toimia nykyistä nopeammalla aikataululla.
4. Kyseeseen voisi tulla menettelytapa, jossa alustavat mittaritiedot voitaisiin julkaista nopealla aikataululla, ja korjatut tai vakioidut versiot luvuista myöhemmin. Seurantajärjestelmään tulisi rakentaa integraatio kansallisiin pohjatietokantoihin.
5. Laatutietojen nykyistä monipuolisempi ja nopeampi raportointi olisi mahdollista, jos sivudiagnoosien ja toimenpiteiden kirjaaminen olisi nykyistä parempaa. Toteutettavien mittaristojen pohja-aineistojen pätevyyden auditointi ja kirjauskäytäntöjen kehittäminen ovat tärkeitä tavoitteita.
6. Esille tuotiin aloitusseminaarissa myös näkemys hoidon tuloksen mittaamisen hankaluudesta niissä hoitokokonaisuuksissa, joissa potilaan kokema hyöty näyttäytyy vasta vuosien kuluttua. Näissä hoitokokonaisuuksissa voitaisiin seurata kuitenkin prosessilaatua, eli esimerkiksi sitä, miten hyvän hoidon kriteeristöä on noudatettu hoitopaikassa.

Puheenvuorot pääosin puolsivat sitä, että sekä prosessilaadun että terveyshyödyn mittareita seurattaisiin hankkeen aikana. Lisäksi puollettiin yksikkökustannusten seurantaa osana terveyshyödyn seurantajärjestelmää.

Yhteenvedona kansallisesti yhtenäinen, ajantasainen sekä vertailukelpoinen terveydenhuollon palveluilla tuotettujen hyötyjen seuranta nähtiin välttämättömyydeksi useasta eri näkökulmasta. Esitettyjen näkökulmien lisäksi on hankkeen aikana todettu tärkeäksi, että mitattavien hoitokokonaisuuksien määrää voitaisiin nykyisestä PERFECT-hankkeen skaalasta laajentaa.

Hanke käynnistettiin seminaarin jälkeen kesäkuussa 2014 kahdeksan sairaanhoitopiiriin, Suomen Kuntaliiton, Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitran, Suomen Terveystalo Oy:n, rahoittamana hankkeena. Yhteistyökumppaneina ja hanketyön toteuttajina olivat edellä mainittujen tahojen lisäksi Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Lääkäriliitto.

Utilis Sanitas -hankkeen päätavoitteeksi määriteltiin, yllä mainitun taustatyön perusteella, etsiä ja eritellä edellytykset kansallisen terveydenhuollon laadun seurannan järjestelmällistämiseksi.

1.7. UTILIS SANITAS –HANKKEEN TAVOITTEET

Painopisteenä oli jo hankkeen alkuvaiheessa erityisesti terveydenhuollolla tuotettavan terveyshyödyn seuranta ja sekä tuoda tieto mahdollisimman reaaliaikaisesti tiedon hyödyntäjien, eli pääosin kuntien, potilaiden ja hankkeeseen osallistuvien terveydenhuollon palveluntuottajien saataville. Hankkeen

tavoitteena oli myös suhteuttaa hoidon tulos (terveyshyöty) hoidon yksikkökustannuksiin tuottajakohtaisesti.

Tämän päätavoitteen toteutus jaettiin kahteen eri projektikonaisuuteen. Esitutkimuksen oli tarkoitus ratkaista terveydenhuollon laadun seurantajärjestelmän keskeiset organisointikysymykset ja tuottaa ensimmäiset terveyshyötyä koskevat vertailutiedot (mittarit) kolmea hoitokokonaisuutta koskien, sekä etenkin, mittarituotannon ohella, tuottaa tietoa siitä, millä reunaehdoilla terveyshyödyn seuranta olisi kansallisella tasolla mahdollista.

Jatkohankkeen aikana oli tarkoitus laajentaa mitattavien indikaattorien määrää sekä jalkauttaa esitutkimuksessa suunniteltu seurantajärjestelmä jatkuvaan kansalliseen käyttöön. Hankkeen esitutkimusvaiheen, jota tämä raportti koskee, erillistavoitteet olivat seuraavat:

1. Sovitaan määritelmistä koskien hankkeen keskeisiä käsitteitä.
2. Sovitaan terveyshyötyä ja kustannuksia koskevan seurannan käyttötarkoituksesta ja tavoista.
3. Päätetään esitutkimuksessa tarkasteltavat hoitokokonaisuudet.
4. Etsitään, arvioidaan ja päätetään hankkeessa toteutettavat terveyshyötyä ja kustannuksia koskevat mittarit.
5. Muodostetaan valittujen mittareiden tiedonkeruun, käsittelyn ja tulosten raportoinnin prosessi.
6. Päätetään aineistojen hallinnoinnista, laskennasta ja tiedonkeruusta vastaavat organisaatiot.
7. Tuotetaan kertaalleen kohdassa 4 kuvatut mittarit valittuja hoitokokonaisuuksia ja niitä kuvaavia näkökulmia koskien.
8. Testataan tiedon hyödynnettävyys käytännössä.
9. Asetetaan tavoitteet jatkohankkeelle sekä askeleet terveyshyödyn seurannan vakinaistamiseksi.

Näiden konkreettisten tavoitteiden asettamisella haluttiin tässä esitutkimuksessa selvittää edellytyksiä ja esteitä kansalliselle terveyshyödyn seurannalle. Näin ollen, tämän raportin tulokset eivät ainoastaan perustu kirjallisuusviitteisiin ja työryhmätyöskentelyyn, vaan myös konkreettisesti tehtyihin terveyshyödyn seurantamittareiden testauksiin. Näistä on esimerkkejä raportin myöhemmissä osissa.

Hankkeessa edistettiin terveydenhuollon kustannusten ja laadun seuranta sekä niiden välisen yhteyden läpinäkyvyyttä, hyödynnettävyyttä sekä vertailtavuutta palveluiden pääasiallisille rahoittajille, eli kunnille, Kelalle ja valtiolle, palveluiden käyttäjille, eli potilaille, ja palveluiden tuottajille, eli sairaalaorganisaatioille ja muille toimintayksiköille.

Utilis Sanitas -hankkeen esitutkimus oli pääosin hallinnollinen projekti, jonka tavoite oli korjata kansallisesti yhtenäisen terveyshyödyn seurantajärjestelmän puute sekä muodostaa tunnuslukujen tuottamisen yhteydessä prosessi järjestelmän toiminnalle tulevaisuudessa. Utilis Sanitas ei siten ollut tutkimushanke, jonka tehtävä olisi pääasiallisesti uuden terveyshyötyä koskevan mittaritiedon tuottaminen tai uusien mittareiden laatiminen.

Utilis Sanitas -hankkeen esitutkimuksen oli tarkoitus yllä olevien tavoitemäärittelyjen kautta vastata kysymykseen, mitä edellyttää tällä hetkellä maassamme puutteellinen terveydenhuollon terveyshyödyn seurannan järjestelmällistäminen.

2. *Utilis Sanitas* -hankkeen työprosessi ja organisoituminen

2.1. HANKKEEN TYÖMENETELMIEN SUUNNITTELU

Utilis Sanitas -hankkeen esitutkimus toteutettiin projektimuotoisena verkostohankkeena, jonka koordinoi FCG Konsultointi Oy. Esitutkimuksen ensimmäiset työvaiheet liittyivät yhteisen työprosessin kehittämiseen ja tavoitteiden sekä käytäntöjen sopimiseen osallistujatahojen kesken ohjausryhmän kokouksissa. Samoin ensimmäisten työvaiheiden joukossa oli projektiryhmän muodostaminen.

Hanketyö menetelmiltään koostui esitutkimuksen alkuvaiheessa pääosin työryhmä- ja ohjausryhmätyöskentelystä, neuvotteluista ja eri sidosryhmien kontaktoinneista. Hankkeen mittaritietojen toteutuksessa päätettiin käyttää vain jo olemassa olevia tietovarantoja, eli uutta tiedonkeruuta päätettiin välttää resurssien säästämiseksi.

Terveysshyödyn seurannan organisoinnin todettiin pian vaativan varsin monenlaisen asiantuntemuksen sekä eri tietolähteiden yhdistämistä. Terveysshyödyn seurantaan liittyviä aloitteita oli jo olemassa useita, mutta kuitenkin hajanaisesti sekä ilman koordinaatiota.

Koko maan kattavalla tasolla terveysshyödyn seurannan ainoa olemassaoleva toimiva rakenteen todettiin olevan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toiminta, ja etenkin PERFECT-tutkimus, jonka edustajien kanssa pyrittiin tekemään yhteistyötä. Tämän lisäksi todettiin mm. FCG:n hallinnoimien potilasluokittelujärjestelmien, kuten NordDRG:n, olevan potentiaalisesti hyödyllisiä asiakkaiden hoitokokonaisuuksien määrittelyssä.

Työntekijäjärjestöjen, kuten Suomen Lääkäriliiton ja Suomalaisen lääkäriyhdistys Duodecimin, kanssa mahdollisesti aikaansaatava yhteistyö todettiin suureksi mahdollisuudeksi, ja molemmat järjestöt liittyivät hankkeen yhteistyötahoiksi. Valtiohallinnon ja valtiollisten laitosten, kuten Kelan, THL:n ja Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kanssa käytiin yhteistyöneuvotteluja.

Mahdollisiksi tietolähteiksi identifioitiin jo hankkeen alkuvaiheessa useat eri tahot ja rekisterit, kuten kuolinsyyrekisteri, väestörekisteri, eri vastuutahojen avoHILMO- ja HILMO-rekisterit, THL:n ylläpitämät HILMO-koosterekisterit, erilliset tautikohtaiset rekisterit kuten implanttirekisteri ja syöpärekisteri, Kelan etuustiedot, THL:n Benchmarking-hankkeen julkiset tiedot, sekä eräiden sairaanhoitopiirien ja muiden palvelutuottajien itse ylläpitämät muut tietovarannot ja laaturekisterit.

Päähasteeksi terveysshyötymittareiden toteutuksessa todettiin siis kansallisesti jo olemassa olevien, mutta hajanaisen resurssien koordinointi yhteisen tavoitteen toteuttamiseksi.

Hankkeen aikana laadittiin useita menetelmällisiä edistysaskeleita yhteisten mittareiden valintaan, arviointiin sekä toteutukseen. Terveysshyötymittareiden tietotuotannon ja terveysshyödyn seurantajärjestelmän toimintaprosessi muotoutuivat itse hankkeen kuluessa.

Hankkeen päätavoitteen keskittyttyä kansallisen terveysshyödyn seurantajärjestelmän toiminnan suunnitteluun ja käynnistämiseen, ovat jäljempänä kuvatut Utilis Sanitas -hankkeen yhteistyön menetelmät ja prosessit tarkoitettu hyödynnettäviksi tulevissa kansallisissa aloitteissa terveysshyödyn seurannan käynnistämiseksi.

2.2. RAHOITTAJA- JA YHTEISTYÖTAHOT

Rahoittajiksi hankkeeseen sitoutuivat Suomen Kuntaliitto (Kuntaliitto), Suomen itsenäisyyden juhlarahasto (Sitra), Suomen Terveystalo Oy (Terveystalo) sekä Keski-Suomen, Kanta-Hämeen, Vaasan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit (KSSHP, KHSHP, VSHP, HUS), Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos (Eksote), Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen

kuntayhtymä (Carea), Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK) ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmä (Phsotey).

Utilis Sanitas -hankkeen ohjausryhmään kuuluivat Kuntaliiton, osallistuvien sairaanhoitopiirien, Sitran, FCG:n, Terveystalon sekä Terveystalon ja hyvinvoinnin laitoksen yhteyshenkilöt. Hankkeen alussa ohjausryhmän puheenjohtajana toimi Kuntaliiton varatoimitusjohtaja Tuula Haatainen, hankkeen edetessä väliaikaisesti johtaja Tarja Myllärinen, sekä hankkeen loppuvaiheessa varatoimitusjohtaja Hanna Tainio.

Ohjausryhmän päätehtävänä oli ohjata hankkeen toteutusta ja tavoitteiden sekä resurssien kohdistamista. Ohjausryhmä oli muun muassa korkeimmassa päätös vastuussa hankkeessa käytetyistä mittareista ja seurattavista hoitokokonaisuuksista. Lisäksi ohjausryhmä hyväksyi hankkeen projektitekniset puitteet, kuten hankebudjetin. Ohjausryhmässä hyväksyttiin myös eri hankkeen osien työmenetelmät ja muutokset tavoiteltavien tulosten laajuuteen.

Utilis Sanitas -hankkeen toteutuksesta ja hanketyön koordinoinnista vastasi FCG Konsultointi Oy. Projektiryhmän muodostivat erityisasiantuntija Mika Keinänen, FCG, dosentti Jorma Komulainen, Itä-Suomen yliopisto, professori Ilkka Vohlonen, Itä-Suomen yliopisto, professori Risto Roine, Itä-Suomen yliopisto, toimialajohtaja Petra Kokko, FCG, hallintoylilääkäri Päivi Koivuranta-Vaara, Kuntaliitto, ratkaisuasiantuntija Saija Halme, FCG sekä terveystieteellinen asiantuntija Lauri Vuorenkoski, Lääkäriliitto. Lisäksi projektiryhmän kokoukseen osallistui kertaluonteisesti vierailevana asiantuntijana emeritusprofessori Martti Kekomäki.

Hanketyöhön osallistuivat yhteistyökumppaneina ja toteuttajina FCG Konsultointi Oy, Suomalainen lääkäriseura Duodecim Käypä hoito -toimitus, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Kuntaliitto, Itä-Suomen yliopisto sekä osallistuvien sairaanhoitopiirien, Terveystalon, THL:n, Sitran ja Kuntaliiton erät asiantuntijat.

2.3. HANKKEEN AIKATAULU JA TYÖVAIHEET PÄÄPIIRTEITTÄIN

Utilis Sanitas -hanke oli tarkoitus toteuttaa kaksivaiheisena verkostohankkeena. Näistä ensimmäinen, eli esitutkimus, alkoi valmistelevalle seminaarillisuudella maaliskuussa 2014. Varsinainen työ alkoi saman vuoden kesäkuussa pidetyn ohjausryhmän aloituskokouksen sekä projektiryhmän kokouksen myötä. Projektin ensimmäinen varsinainen työkokonaisuus koski hankkeessa tarkasteltavien terveysongelmien ja niihin liittyvien hoitokokonaisuuksien valintaa, joka toteutettiin vuoden 2014 loppuun mennessä.

Mittattavaksi valittiin aivoinfarktin, 2. tyypin diabeteksen sekä depression hoidolla tuotettava terveyshyöty.

Hoitokokonaisuuksien valintaa seurannut terveyshyötymittareiden kartoitus, valinta ja määrittely vei hankkeen toteutuksessa odotettua pidemmän ajan, eli vuoden 2014 alusta vuoden 2015 loppuun asti. Syksyllä 2015 pääpaino hanketyössä siirtyi mittareiden valinnasta ja määrittelystä niiden toteutuksen, eli tietotuotannon vaihtoehtojen selvityksiin.

Mittareiden osalta siirryttiin joustavasti mittaritiedon tuotantoon alkaen vuoden 2015 loppupuolelta niiden osallistujatahojen osalta, joilla edellytykset mittareiden pohjadataan tuotantoon olivat parhaimmat. Mittaritiedon kattava toteutus jokaiselle osallistujalle taholle osoittautui pian mahdolliseksi hankkeen ja osallistujatahojen resursseihin nähden. Tällöin ohjausryhmän käsittelyssä päädyttiin siihen, että valittujen kymmenen toteutettavan mittarin joukosta valitaan jokaiselle hoitokokonaisuudelle yksi priorisoitava mittari. Priorisoiduista mittareista päätettiin lopulta kerätä ja vertailla onnistuneita esimerkkejä eri osallistujatahojen joukosta. Näin ollen tavoitteeksi muodostui todistaa esimerkein tärkeimpien terveyshyödyn mittareiden toteutusmahdollisuus. Lisäksi syksyllä 2015 toteutettiin terveyshyötytietojen hyödyntämistä koskevan nykytilanteen kartoitus Suomessa (Luku 3).

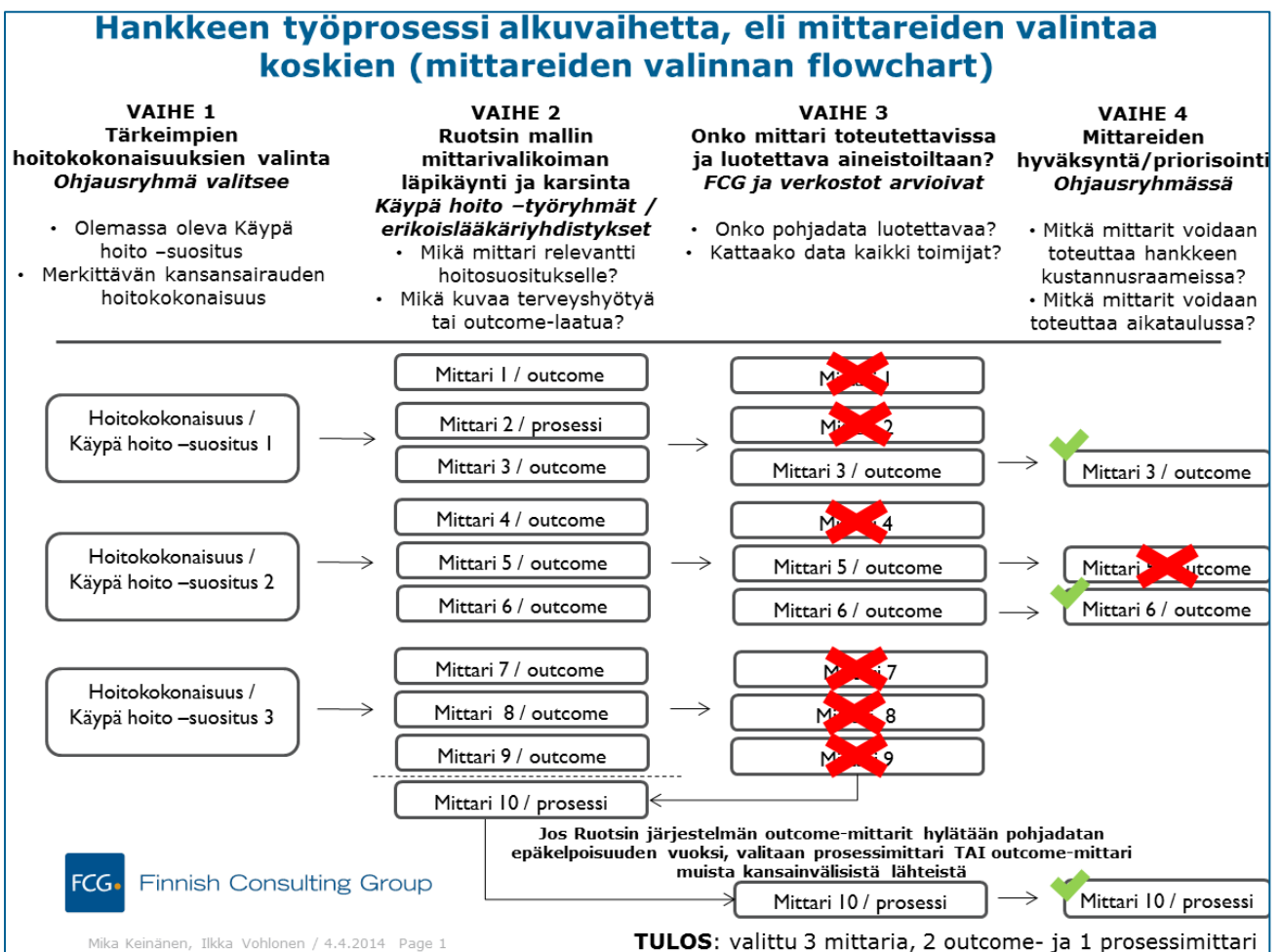
Vuoden 2016 alkupuolella tarkennettiin tietotuotannon vaihtoehtoja. Saavutettujen kokemusten ja selvitysten sekä kerätyn aineiston pohjalta tuotettiin ja käsiteltiin esimerkinomaista mittaritietoa eräiden sairaanhoitopiirien sekä Suomen Terveystalon osalta.

Hankkeen päättyessä vuoden 2016 syksyllä, siirryttiin projektityön painopisteessä tulosten tulkintaan, raportointiin ja viestintään, johtopäätösten muodostamiseen, tietotuotannon prosessin

dokumentointiin sekä jatkohankkeen, eli terveyshyödyn seurantajärjestelmän määrittelyyn. Hanke päättyi ohjausryhmän kokouksessa lokakuussa 2016, jolloin esitettiin ja käytiin läpi raporttiluonnos, viimeisimpiä mittarituloksia sekä vaihtoehtoja hanketyön jatkumiselle eri yhteyksissä.

2.4. HOITOKOKONAISUUKSIEN JA MITTAREIDEN VALINTAPROSESSI

Hankkeen alkuvaiheen työprosessi keskittyi hoitokokonaisuuksien sekä niillä tuotetun terveyshyödyn mittareiden valintaan. Valintamenettely kokonaisuutena on esitetty kuvassa 2.1. Työvaiheita oli neljä: hoitokokonaisuuksien valinta ohjausryhmän äänestyksellä, mittariehdotusten kansallinen ja kansainvälinen kartoitus sekä karsinta, ja mittareiden arviointi niiden toteutettavuuden, kustannusten, toteutusaikataulun, validiteetin sekä pohjadataan luotettavuuden kannalta. Tämän jälkeen viimeisenä työvaiheena oli mittareiden lopullinen valinta ohjausryhmässä projektiryhmän ja yhteistyötahojen toteuttamien selvitysten pohjalta.



Kuva 2.1. Hankkeen suunniteltu työprosessi hoitokokonaisuuksien ja niihin kohdistuneiden terveyshyödyn mittareiden valinnassa.

Hoitokokonaisuuksille kohdistuvien mittareiden valinta sovittiin ohjausryhmässä toteutettavaksi vaiheittain. Mittareiden valinta käynnistettiin siten ensin aivoinfarktin osalta. Kun aivoinfarktin mittarivalinta oli valmis, ja mittarit siirtyivät toteutukseen, käynnistettiin mittarivalinnan työprosessi kahdelle muulle hoitokokonaisuudelle, eli depressiolle ja diabetekselle. Näin toimien ensimmäisestä mittarivalintojen toteutuskerrasta saatuja kokemuksia voitiin soveltaa seuraaviin kertoihin.

2.5. HOITOKOKONAISUUKSIEN VALINTA ÄÄNESTYKSELLÄ

Hankkeen avoimessa aloitusseminaarissa maaliskuussa 2014 päädyttiin siihen, että esitutkimusvaiheessa tulisi valita tarkasteltaviksi merkitykseltään ja hoitokustannuksiltaan suuria kansansairausryhmiä. Lisäksi aloitusseminaarin linjausten mukaan tarkasteltavaksi esitettiin valittavan sellaisia hoitokokonaisuuksia, joille on olemassa kansallinen Käypä hoito -suositus. Näin toimien varmistettaisiin terveyshyödyn mittaustulosten suora yhteys hoitoprosessien järjestelmälliseen kehittämiseen, olemassa olevien hoidon organisoinnin suositusten kautta. Toisin sanoen, jos terveyshyödyn mittari osoittaisi ongelmia hoidon tuloksissa joillain terveydenhuollon toimiyksiköillä tai maantieteellisellä alueella, olisi seuraavaksi mahdollisuus tarkastella, noudatetaanko kyseisellä alueella Käypä hoito -suosituksen toimintatapoja. Hoitoprosessia voitaisiin näin ollen kehittää tutkitun ja kansallisesti hyväksytyyn prosessin pohjalta.

Utilis Sanitas -hankkeessa päätettiin toteuttaa äänestysmenettely hankkeessa terveyshyödyn mittarein tarkasteltavista hoitokokonaisuuksista. Tarkoituksena oli äänestyksen perusteella saada käsitys siitä, mitkä Käypä hoito -suosituksen omaavista hoitokokonaisuuksista ovat vastaajien mielestä tärkeimpiä terveyshyödyn mittaamisen kohteita hankkeessa.

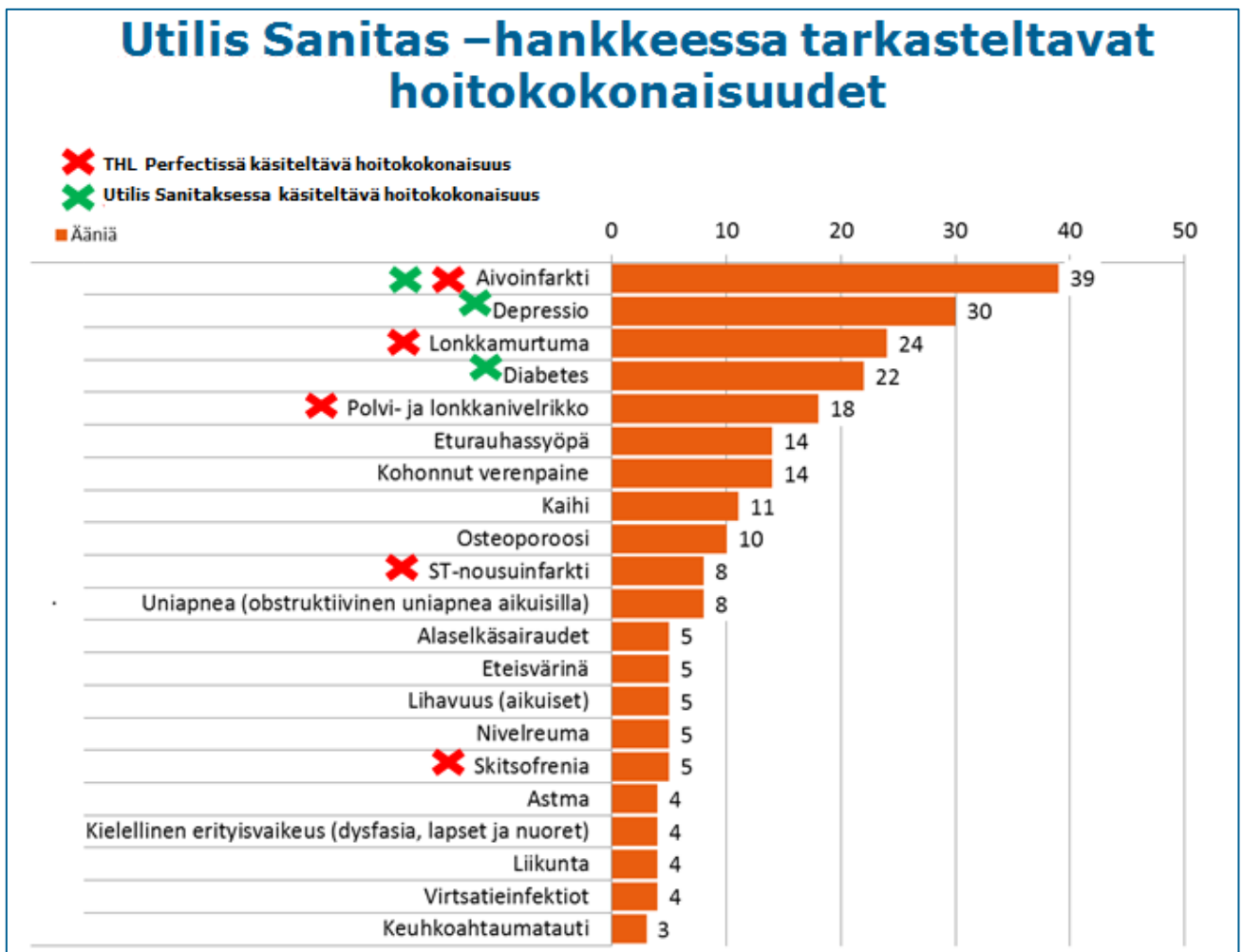
Vastaajia, eli yhdeksää hankkeeseen osallistuvaa palveluntuottajaorganisaatiota, pyydettiin valitsemaan 102 voimassa olevasta Käypä hoito -suosituksesta korkeintaan kuusi kohdetta. Jokaiselle organisaatiolle myönnettiin yksi äänestysmahdollisuus. Kutakin äänestävää organisaatiota edustaneet vastaajat pisteyttivät valitsemansa korkeintaan kuusi hoitokokonaisuutta asteikolla 1-5.

Kyselyn listasta poistettiin Käypä hoito -julkaisusta poistetut suositukset, uudemmilla suosituksilla korvatut sekä vasta tulossa olevat suositukset. Äänestys suoritettiin 17.8.2014 – 16.9.2014 verkkoäänestyksenä Webropol-alustalla. Alla kuvassa 2.2 on esitetty äänestyksen tulokset.

Ääniä annettiin yhteensä 21 suositukselle 102:sta. Eniten ääniä hoitosuosituksista sai aivoinfarkti (39), toiseksi eniten depressio (30), kolmanneksi eniten lonkkamurtuma (24) ja neljänneksi eniten diabetes (22). Aivoinfarktia oli äänestänyt kahdeksan yhdeksästä äänestäneestä tahosta, depressiota seitsemän, ja lonkkamurtumaa sekä diabetesta viisi.

Ohjausryhmä keskusteli tulosten perusteella 25.9.2014 ensiksi toteutettavien hoitokokonaisuuksien valinnasta. Kaikki neljä eniten ääniä saanutta hoitosuosituksista saivat puoltavia kannanottoja keskustelussa. Ohjausryhmässä päätettiin FCG:n ehdotuksesta käynnistää hanke toteuttamalla ensiksi mittarivalinnan prosessi kokonaisuudessaan vain yksittäistä hoitosuosituksia koskien.

Ensiksi tarkasteltavaksi hoitosuosituksiksi valittiin keskustelun jälkeen eniten ääniä saanut hoitokokonaisuus, eli aivoinfarkti. Hoitokokonaisuuksien valinnassa pyrittiin pääsääntöisesti työnjakoon THL:n PERFECT-hankkeen kanssa (Kuva 2.2). Ohjausryhmä päätti siten, että Utilis Sanitas -hankkeessa tarkastellaan aivoinfarktin lisäksi hoitokokonaisuuksina depressiota ja diabetesta, koska äänestystuloksessa kolmantena ollut lonkkamurtuma on ollut tarkasteltavana jo kauan THL:n PERFECT-hankkeessa. Ohjausryhmä sisällytti aivoinfarktin Utilis Sanitas -hankkeen tarkasteltavien hoitokokonaisuuksien joukkoon testatakseen perusteelliseen tutkimustyöhön verrattuna nopearytmisempää, mutta karkeampaa terveyshyödyn mittareiden toteutustapaa.



Kuva 2.2. Utilis Sanitas -hankkeen esitutkimusvaiheen hoitokokonaisuuksien äänestystulokset ja lopulliset valinnat.

FCG sekä hankkeen projektiryhmä ja ohjausryhmän edustus neuvottelivat THL:n kanssa aivoinfarktin, lonkkamurtuman sekä polvi- ja lonkkanivelrikon eräiden mittareiden nopeutetusta erillisestä laadinnasta hankkeeseen osallistuvien tahojen sekä kansalliseen käyttöön. Tarkoituksena oli neuvottelujen ja yhteistyön avulla nopeuttaa terveyshyödyn mittareita koskevan tietotuotannon prosessia. Neuvottelut eivät johtaneet tuloksiin THL:n mm. oltua uudistamassa omaa raportointiaan ja vaikuttavuusmittareiden tuotantoprosessiaan.

2.6. TERVEYSHYÖDYN MITTAREIDEN VALINTA

2.6.1. Mittareiden esikartoitus ja karsinta Duodecimin työnä

Ohjausryhmä päätti FCG:n esityksestä, että mittarivalinnan pohjatyö hankkeessa tilataan Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Käypä hoidon indikaattorityöryhmältä. Useita toimijoita edustava indikaattorityöryhmä on useiden vuosien ajan laatinut eräiden Käypä hoito -suositusten toteutumista mittaavia indikaattoreita, joten Duodecim nähtiin luontevaksi yhteistyötahoksi yhteisesti hyväksytyjä mittareita valittaessa. Käypä hoito -indikaattorityöryhmä toimi hankkeessa Utilis Sanitas projektiryhmän toimeksiannosta.

Indikaattorityöryhmä kävi läpi kansainvälisiä ja kansallisia esimerkkejä kullekin valitulle hoitokokonaisuudelle tuotetuista terveyshyödyn mittareista ja muodosti tältä pohjalta kannan siitä, mitkä mittarit ovat relevantteja, toteutettavia ja selkeimpiä. Tueksi kansallisten mittareiden laatimiseen tarkasteltiin mm. Ruotsin terveydenhuollon laadunseurantajärjestelmän (Öppna Jämförelse), muiden ulkomaalaisten organisaatioiden (esim. NICE, AHRQ, NCQA) sekä kirjallisuushaun avulla löydettyjä mittareita. Lisäksi ryhmä teki hankkeelle esityksen hoitokokonaisuuden kannalta soveltuvimmista mittareista.

Mittarikartoituksen pohjatyön toteutti Käypä hoito -toimitus (LT Raija Sipilä ja LT, dos. Jorma Komulainen). Indikaattoriryhmä valitsi arvioinnin ja keskustelun perusteella noin 10 mittaria jokaista hoitokokonaisuutta koskien jatkokäsittelyyn. Näitä mittareita koskien ryhmä toteutti arvioinnit, joissa tarkasteltiin erityisesti indikaattorien selkeyttä, toteutettavuutta, pätevyyttä ja relevanssia. Jatkokäsittelyssä Käypä hoito -toimituksen edustajat laativat indikaattoreille myös tarkemman mittarikuvauksen, eli alustavat määritelmät niiden laskentatavoille. Työnsä päätteeksi indikaattoriryhmä toimitti käsitellyt mittarit kuvauksineen Utilis Sanitas -hankkeen projektiryhmälle. Se käsiteli esitetyt mittarit omassa kokouksessaan ja esitti ohjausryhmälle keskeisimmät vaihtoehdot mittareiksi.

Duodecimien indikaattoriryhmän työssä priorisoitiin terveyshyötyä, eli hoidon tulosta, kuvaavia mittareita prosessin toimivuutta koskevien mittareiden sijaan. Käypä hoito -indikaattoriryhmä päätyi kuitenkin ehdottamaan myös eräitä prosessimittareita tapauksissa, joissa se katsoi käyvän prosessin mukaisen hoidon selkeästi ennustavan lopputulosta. Indikaattoriryhmän esittämät mittarit, ja Utilis Sanitas ohjausryhmän päätökset toteutettavista mittareista, on esitetty alla taulukoissa 2.1-2.3.

2.6.2. Mittareiden arviointi ja kriteerit projektiryhmässä

Duodecimien Käypä hoidon indikaattoriryhmän työn perusteella Utilis Sanitas -hankkeen projektiryhmä kävi ehdotukset täydentävästi läpi ja muodosti eräitä lisäkriteerejä hankkeen näkökulmasta. Projektiryhmässä mittareita arvioitiin erityisesti pohja-aineistojen luotettavuuden ja saatavuuden sekä mittareiden toteutuskustannusten ja -aikataulun osalta.

Pohja-aineistojen luotettavuus nostettiin erääksi tärkeimmistä mittarin toteutettavuuden kriteereistä. Valittavien mittareiden osalta päädyttiin edellyttämään kohtuullista varmuutta siitä, etteivät tulokset olisi mittaritiedon valmistuttua epäpäteviä esimerkiksi pohjatietojen kirjausongelmien vuoksi. Pohja-aineistojen osalta kirjauskäytäntöjen tavoiteltiin olevan tarpeeksi tasalaatuisia eri palveluntuottajien kesken, että vertailukelpoisuus tai muu tavoitteiden mukainen sovellettavuus mahdollistuisi. Toisaalta todettiin, etteivät eri lähteistä ja palveluntuottajilta koottavat pohja-aineistot todennäköisesti olisi sovellettavuuden kannalta täysin pätevässä muodossa ennen useampia mittarin toteutuskertoja perättäisinä vuosina. Aineistojen luotettavuutta voitaisiin parantaa merkittävästi vasta vuosien järjestelmällisen kehitystyön tuloksena.

Mittareiden toteutusta arvioitiin projektiryhmässä myös hankkeen aikataulun ja budjetin raameissa. Kustannusarviot toteutettiin aluksi karkeina, pohjautuen projektiryhmän tietoon ja selvityksiin poimintakustannuksista eri tietolähteistä, kuten kansallisista rekistereistä tai paikallisista hoitoilmoitustiedoista. Kustannusarvioita tarkennettiin myöhemmin myös mittareiden toteutusvaiheessa, jolloin selvitettiin yhteensä kymmenen mittarin osalta sekä kertaluonteiset että vuosittaiset tietotuotannon kustannukset. Aikataulua koskien asetettiin reunaehdoksi, että mittarin tietojen on oltava poimittavissa, analysoitavissa ja raportoitavissa kohdevuoden jälkeisen vuoden loppuun mennessä.

Mittareiden valinnassa projektiryhmän esitykseen käytettiin myös eräitä täydentäviä kriteereitä. Ylimääräisinä keskusteltuina seikkoina olivat yksiselitteisyys ja ymmärrettävyys tulkitsijalle sekä mittarin laaja esiintyvyys kansainvälisessä kontekstissa. Eräänä tärkeänä seikkana oli myös mittarin oletettu yhtäaikainen hyödynnettävyys useasta näkökulmasta, esimerkiksi potilaan, palveluntuottajatahojen, rahoittajien tai valtion.

2.6.3. Mittareiden valinta ja hyväksyntä ohjausryhmässä

Ohjausryhmä käsiteli indikaattoriryhmässä ja projektiryhmässä laadittujen arvioiden pohjalta hankkeen toteutettavaksi tulevat mittarit hoitokokonaisuuksittain ja karsi niiden määrää keskustelun perusteella, huomioiden hankkeen rahoitusraamit ja mittareiden toteuttamisen kustannusennusteet. Ensimmäisen käsittelyn jälkeen päädyttiin toteuttamaan yhteensä 10 mittaria (Luku 2.6.4. ja taulukot 2.1-2.3.). Näiden osalta selvityksiä jatkettiin toteutuskustannusten ja -kelpoisuuden osalta ottamalla yhteyttä kaikkiin hankkeeseen osallistuviin palveluntuottajatahoihin sekä muihin kohteisiin, joista pohjatiedot olisi tarpeen kerätä. Näiden kokemusten perusteella, ja projektin rajattujen resurssien

vuoksi, myöhemmin ohjausryhmän päätöksellä valittiin kullekin hoitokokonaisuudelle vain yksi tärkein toteutettava mittari, joiden osalta pyrittiin koostamaan mittaritietoa.

Eniten mittareiden toteutuksen karsimiseen Utilis Sanitas hankkeessa vaikutti pohja-aineistojen saatavuus, tarvittavien tietolähteiden nopeasti osoittaututtua useimmilla alueilla hallinnollisesti hyvin hajanaisiksi. Tällöin tietoja olisi useimmissa tapauksissa pitänyt kerätä myös hankkeeseen sitoutumattomilta osapuolilta, kuten perusterveydenhuollosta, mikä olisi puolestaan vaikuttanut hankkeen aikatauluun ja työmäärään negatiivisesti.

Yhtään mittarivalinnan yksittäistä kriteeriä ei kuitenkaan pidetty täysin poissulkevana ja kriittisenä mittareiden priorisoinnin kannalta. Erällä hankkeeseen osallistuvilla palveluntuottajatahoilla oli hankkeen käynnistyessä muodostettu jo tietoteknisiä valmiuksia yhdistää hoitotietoihin erilaisia mittareiden muodostamisen kannalta olennaisia tietoja, jotka mahdollistivat mittareiden laatimisen. Tällaisia tietoja, joiden yhdistämistä mittareiden tuotanto vaati, olivat mittarista riippuen esimerkiksi asiakkaan eräät laboratoriotutkimustulokset, diagnoositiedot, mielenterveyspalveluiden oirekyselyiden tulokset tai asiakkaan mahdollinen kuolinpäivätieto hoidon jälkeiseltä ajalta. Mittareiden priorisointia koskevissa keskusteluissa pyrittiin muodostamaan käsitys kunkin mittarin kokonaisuudesta eri kriteerien suhteen, painottaen myös mittaritoteutuksen yhteydessä saatavaa informaatioarvoa, vaikka mittarin toteutuksessa ei onnistuttaisiinkaan.

Arvioinnin aikana ohjausryhmässä keskusteltiin myös muista terveyshyödyn mittareista, kuten yleissairaalakuolleisuusmittarin toteutuksesta tai 15D-mittarin käytöstä, mutta projektissa päädyttiin selvittämään alkuperäisten valintojen mukaisesti hoitokokonaisuuskohtaisia terveyshyödyn mittareita. Indikaattoriyöryhmän ehdotukset terveyshyödyn mittareiksi, sekä näistä Utilis Sanitas -hankkeessa valitut sekä myöhemmin tärkeimmiksi priorisoidut terveyshyödyn mittarit, ovat esitetty alla taulukoissa 2.1-2.3.

2.6.4. Hankkeessa toteutettavaksi valitut mittarit

Yllä kuvatun valintaprosessin tuloksena toteutettavaksi hankkeessa valittiin yhteensä 10 terveyshyödyn mittaria, joista viisi aivoinfarktin, kolme depression ja kaksi diabeteksen hoidon terveyshyötyä kuvaavaa.

- Osuus tarkasteltavan alueen väestöstä, jotka sairastuvat ensimmäiseen aivoinfarktiin
- Osuus aivoinfarktin sairastaneista potilaista, joilla tauti uusiutuu 365 päivän kuluessa
- Kuolleisuus 28 ja 90 päivää sekä 365 päivää aivoinfarktin jälkeen
- Kotona asuvien potilaiden määrä ensimmäisen sairaalassa hoidetun aivoinfarktin sairastaneista. Tarkastelu kolmen kuukauden kuluttua aivoinfarktin hoidon alkamisesta
- Kotoa hoitoon tuotujen, aivoinfarktin saaneiden potilaiden osuus, jotka ovat saaneet trombolysihoidon aivoinfarktin hoitoon
- Osuus potilaista, joilla on depressio, ja joilla on aloitettu masennuslääkehoito (kirjoitettu resepti, ATC koodi N06A tai N06CA) 8 viikon kuluessa diagnoosista
- Niiden depressiopotilaiden määrä, jotka ovat kalenterivuoden aikana olleet depression vuoksi sairauslomalla yli 30 vrk, kuntoutustuella, osatyökyvyttömyyseläkkeellä tai työkyvyttömyyseläkkeellä
- Niiden depressiopotilaiden osuus, joiden BDI tulos on 6 kuukauden kohdalla ensimmäisestä diagnoosista <10. Vastaavasti muiden kyselyiden osalta PHQ-9<5, MADRAS<10 tai Hamilton<8
- Diabeetikoiden valtimotautikuolleisuuden suhde koko väestön valtimotautikuolleisuuteen, jaoteltuna ikäryhmittäin
- Osuus perusterveydenhuollossa hoidossa olevista diabeetikoista, joiden HbA1c-arvo on alle 53mmol/mol ja alle 63 mmol/mol

Utilis Sanitas hankkeen ohjausryhmä päätti vuoden 2015 alkusyksyllä priorisoida mittarituotantoa ja tuotantotapojen kartoitusta eräisiin keihäänkärkimittareihin jokaisen hoitokokonaisuuden osalta. Priorisoiduiksi mittareiksi päätyivät yllä mainituista seuraavat mittarit:

- Kotona asuvien potilaiden määrä ensimmäisen sairaalassa hoidetun aivoinfarktin sairastaneista. Tarkastelu kolmen kuukauden kuluttua aivoinfarktin hoidon alkamisesta
- Niiden depressiopotilaiden osuus, joiden BDI tulos on 6 kuukauden kohdalla ensimmäisestä diagnoosista <10. Vastaavasti muiden kyselyiden osalta PHQ-9<5, MADRAS<10 tai Hamilton<8
- Osuus perusterveydenhuollossa hoidossa olevista diabeetikoista, joiden HbA1c-arvo on alle 53mmol/mol ja alle 63 mmol/mol

Kaikkien valittujen 10 mittarin tarkemmat kuvaukset ovat liitteessä 1. Kolmen priorisoidun mittarin osalta on luvuissa 4-6 kuvattu tarkemmin niiden vaatimat pohja-aineistot, tuotantotavat, tulokset, tulkinta sekä mittareiden toteutuksen aikana tehtyjä havaintoja ja johtopäätöksiä. Diabetes- ja masennushoitojen aikaansaaman potilaskohtaisen terveyshyödyn osoittamiseksi laskettiin myös potilaskohtaiset terveydentilan indikaattoreiden muutokset (ns. delta) ja näiden muutosten antama kuva hoidon vaikutuksesta potilaiden terveydentilaan.

2.6.5. Hoidon yksikkökustannusten seuranta terveyshyödyn rinnalla

Hoidon yksikkökustannukset todettiin hankkeen aloitusseminaarissa myös tärkeäksi seurattavaksi mittariksi hoidon tulosten, eli tuotetun terveyshyödyn rinnalla. Sairaalahoidon sekä laajemminkin terveydenhuollon yksikkökustannusten seurantaan on olemassa kansainvälisesti käytettyjä menetelmiä sekä kansallisestikin kattavia tietojärjestelmäratkaisuja eri palveluntuottajatahoilla. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Benchmarking-hanke on pyrkinyt sairaalahoidon kustannusten sekä tuottavuuden vertailuun NordDRG-ryhmittelyyn ja erikoisalakohdaiseen hoidon kustannusten tarkasteluun perustuen. Yksikkökustannusten seuranta voi kuitenkin laajoja koko sosiaali- ja terveydenhuollon hoitokohteja tarkastellessa muodostua raskaaksi, koska kustannus- ja hoitotapahtumatiedot ovat hajaantuneet monille eri palveluntuottajatahoille. Perusterveydenhuollon avohoidon yksikkökustannusten laskennassa voidaan vastaavasti soveltaa esimerkiksi suomalaista pDRG (Primary Care Diagnosis Related Groups) -laskentaa. Samoin kotimaassa on kehitetty terveydenhuollon episodien tarkasteluun episodipotilasryhmittely EPR. Menetelmät vaativat kuitenkin laajemman, koko terveydenhuollon tai sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskohtaisen käynti- ja kustannusdatapohjan muodostamista. Tämän raportin kirjoittamishetkelläkään eivät kaikki terveyspalvelujen tuottajat pysty identifioimaan potilaskohtaisia kustannuksia sillä tarkkuudella, jota esim. DRG- tai episodiryhmittelyn käyttö vertailukelpoisten yksikkökustannusten osoittamiseksi edellyttää.

THL:n kansalliset hoitotapahtumia kokoavat rekisterit, kuten HILMO ja avoHILMO, muodostavat erinomaisen pohjan yksikkökustannusten vertailulle, koska hoitotapahtumat eri palveluntuottajilta ovat koottu yksittäiseen rekisteriin. Hoitotapahtumien kustannusten arviointi on kuitenkin toteutettava yhtenäisellä ja pätevällä menetelmällä, josta sairaalahoidon osien NordDRG-perusteinen yksittäisten hoitotapahtumien ja avohoitokäyntien kustannusten arviointi on eräs esimerkki.

Utilis Sanitas -hankkeessa päätettiin toteuttaa esimerkinomaisesti yhden terveyshyötymittarin ja hoidon yksikkökustannusten yhteistarkastelu NordDRG-perusteisella menetelmällä. Valituksi tuli, pääosin pohja-aineistojen helpon saatavuuden vuoksi, aivoinfarktin hoidon jälkeisten kuolleisuustietojen yhteistarkastelu hoidon kustannusten kanssa. Hoidon yksikkökustannuksina käytettiin julkisia Benchmarking-hankkeen tulosraporteista saatavilla olevia arvioita.

Koska käytettävissä ei ollut kattavaa datapohjaa myös perusterveydenhuollosta tai kuntoutuksesta, hankkeen osallistujatahojen ollessa sairaanhoitopiirejä, käytettiin kustannusarvioissa ainoastaan erikoissairaanhoitoon hoitotapahtumakohtaisia kustannuksia. Kuitenkin muista kokemuksista tiedetään, että tarvittaessa voitaisiin yhtäaikaaisesti diabetes- ja masennushoitojen aikaan saaman terveyshyödyn kanssa osoittaa näiden tuottajien perusterveydenhuollon hoitojen vastaavat yksikkökustannukset, vaikkapa pDRG-ryhmittelyn avulla. Terveyshyöty- ja kustannustietojen yhteistarkastelussa tärkeää

on, että kustannus- ja hoitotapahtumatiedot pystytään kokoamaan siitä kohteesta samalaisena kokonaisuutena, jota terveyshyötymittarilla pyritään kuvaamaan. Esimerkiksi tarkasteltaessa aivoinfarktiin kuolleisuutta yhden vuoden tarkastelujaksolla, tulisi hoidon kustannustiedot kerätä kaikista palvelujärjestelmän osista, kuten kuntoutustoimenpiteistä ja kotihoidosta sairaalahoitajaksojen ja -käyntien lisäksi. Tätä ongelmaa pyrittiin hankkeessa neutralisoimaan tarkastelemalla ainoastaan 28 päivän kuolleisuutta suhteessa hoidon kustannuksiin, jolloin sairaalahoidon onnistuminen vaikutti oletettavasti enemmän terveyshyötymittarin tulokseen kuin hoidosta ja kuntoutuksesta myöhemmin vastaavat palvelujärjestelmän muut osat. Terveyshyöty- ja kustannustietojen yhteistarkastelun tulokset on esitetty luvussa 7.

Seuraavilla sivuilla esitetyt taulukot 2.1-2.3 sisältävät hankkeessa esitettyjen mittareiden listauksen ja mittareiden priorisointipäätökset.

Taulukko 2.1. Duodecimin indikaattoryöryhmän mittariehdotukset aivoinfarktin hoidon terveyshyödyn seurantaan, sekä ehdotuksista valitut ja priorisoidut mittarit. Kuolleisuutta eri ajan-kohtina koskevia mittareita käsiteltiin yhtenä mittarina yhteensä kymmenestä valitusta. Yhteensä aivoinfarktin hoidon osalta valittuja terveyshyödyn mittareita oli hankkeessa siten viisi.

Ehdotettu mittari	Utilis Sanitas päätös
Osuus ikä-, sukupuoli- ja lisäsairausvakioidusta väestöstä, jotka sairastuvat ensimmäiseen aivoinfarktiin.	Kyllä Vakioimaton
Osuus aivoinfarktin sairastaneista potilaista, joilla tauti uusiutuu 365 vrk:n kuluessa.	Kyllä
Kuolleisuus 28 pvä aivoinfarktin jälkeen	Kyllä
Kuolleisuus 90 pvä aivoinfarktin jälkeen	Kyllä
Kuolleisuus 1 v aivoinfarktin jälkeen	Kyllä
Osuus kotoa tai palveluasunnosta hoitoon tulleista aivoinfarktin sairastaneista, jotka ovat itsenäisiä (ADL-mittarit, kuten FIM ja RAVA) päivittäistoiminnoissa 1, 3, 6 ja 12 kuukauden kuluttua aivoinfarktista. Vaihtoehtoisesti tai lisäksi voidaan tarkastella kotona tai palveluasunnossa, tehostetussa palveluasunnossa ja laitoksessa asuvien osuuksia samoina ajanjaksoina.	Kyllä (kotona asuvat 3 kk kohdalla), PRIORISOITU
Osuus aivoinfarktin sairastaneista potilaista, joilla on kotiutumisen jälkeen käytössä antitromboottinen lääkitys (varfariini (ATC-koodi B01AA03), suora antikoagulantti (B01AE ja B01AF), klopidogreeli (B01AC04) tai dipyridamoli (B01AC07)).	Ei
Kotoa hoitoon tuotujen, aivoinfarktin saaneiden potilaiden osuus, jotka ovat saaneet trombolyyseihoidon aivoinfarktin hoitoon.	Kyllä
Osuus aivoinfarktin saaneista, kotoa hoitoon tuoduista, potilaista, joilla on hoitopäiviä AVH-yksikössä.	Ei

Taulukko 2.2. Duodecimin indikaattoriyöryhmän mittariehdotukset depression hoidon terveystyöryödyn seurantaan, sekä ehdotuksista valitut ja priorisoidut mittarit. Depression hoidon osalta päädyttiin selvittämään yhteensä kolmen mittarin toteutusta.

Ehdotetut mittarit	Utilis Sanitas päätös
Osuus potilaista, joilla on diagnosoitu masennustila (F32 tai F33) ja joille on 4 viikon kuluessa ensimmäisestä diagnoosista merkitty masennuksen vaikeusastetta kuvaava ICD-10 koodi F32.0-3, F33.0-3 tai arvioitu masennustilan vaikeusaste ja kirjattu oirepistekyselyn tulos (Hamiltonin depressioasteikko, MADRS, BDI tai PHQ-9) potilasasiakirjaan.	Ei
Osuus potilaista, joilla on depressio ja, joilla on aloitettu masennuslääkehoito (kirjoitettu resepti, ATC koodi N06A tai N06CA) 8 viikon kuluessa diagnoosista. Suositellaan lisäksi analysoitavaksi alaryhmät depression vaikeusasteen mukaan (lievä F32.0 ja F33.0/keskivaikea F32.1 ja F33.1/vaikea F32.2 ja F33.2/ määrittämätön F32.9 ja F33.9).	Kyllä
Osuus lääkkeellisesti (ATC koodi N06A tai N06CA) hoidetuista depressiopotilaista, joille on toimitettu vähintään 2 reseptiä ja vähintään 100 tablettia 6 kk aikana.	Ei
Osuus depressiopotilaista, joille on toteutettu seurantakäynti (lääkärikäynti F32 tai F33 diagnoosilla tai käynti depression hoitoon perehtyneen terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolla ICPC P76) 4 viikon kuluessa lääkehoidon aloituksesta.	Ei
Kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden määrä vuosittain ikäryhmittäin (18-30, 31-40, 41-50, 51-60) ja masennuksen vaikeusasteen mukaan (lievä F32.0 ja F33.0 / keskivaikea F32.1 ja F33.1 /vaikea F32.2 ja F33.2 / määrittämätön F32.9 ja F33.9).	Ei
Niiden potilaiden osuus, joiden BDI tulos on 6 kk kohdalla ensimmäisestä diagnoosista <10. Vastaava mittari voidaan toteuttaa muilla oirepistekyselyillä. Raja-arvot: PHQ-9<5, MADRAS<10, Hamilton<8.	Kyllä, PRIORISOITU (6 ja 12kk)
Niiden depressiopotilaiden määrä, jotka ovat kalenterivuoden aikana olleet depression vuoksi (1) sairauslomalla yli 30 vrk, (2) kuntoutustuella, (3) osatyökyvyttömyyseläkkeellä tai (4) työkyvyttömyyseläkkeellä.	Kyllä

Taulukko 2.3. Duodecimin indikaattoryöryryhmän mittariehdotukset diabeteksen hoidon terveyshyödyn seurantaan, sekä ehdotuksista valitut ja priorisoidut mittarit. Diabeteksen hoidon osalta päädyttiin selvittämään kahden mittarin toteutusta.

Ehdotetut mittarit	Utilis Sanitas päätös
Osuus uusista tyyppin 2 diabeetikoista, joilla HbA1c on >64 mmol/mol (8%) ja joilla on vain 1 tablettimuotoinen diabeteslääkitys (ATC-luokka A10B, pois lukien yhdistelmävalmisteet ATC A10BD).	Ei
Osuus diabeetikoista, joilla on hypertonia ja/tai albuminuria ja, joilla on ACE:n estäjä tai ATR-salpaaja lääkityksessä (ATC C09).	Ei
Osuus raskausdiabeetikoista, joille sokerirasituskoete on uusittu 18 kk kuluessa synnytyksestä.	Ei
Osuus tyyppin 1 diabeetikoista, joille on tehty silmänpohjien kuvaus edeltävän 24 kuukauden kuluessa.	Ei
Osuus tyyppin 2 diabeetikoista, joille on tehty silmänpohjien kuvaus edeltävän 36 kuukauden kuluessa.	Ei
Osuus potilaista, joilla diagnosoidaan vaikea-asteinen proliferatiivinen retinopatia ja, joille laserhoito on aloitettu 3 viikon sisällä diagnoosista.	Ei
Niiden potilaiden prosenttiosuudet, joilla 0, 1, 2, 3, 4, 5, ja 6 riskitekijää ei ole tavoitetasolla. Riskitekijät ja niiden raja-arvot (viimeisimmät mittaukset tai merkinnät): <ul style="list-style-type: none"> • HbA1c > 64 mmol/mol (8%) 2 peräkkäisessä mittauksessa • LDL >3 mmol/l • SBP >145 ja /tai DBP >85 mmHg • Tupakoi (kyllä, merkintä potilasasiakirjoissa) • BMI > 30 • Kahdessa viimeisimmässä mittauksessa dU-Alb >30 mg/vrk TAI cU-Alb >20 µg/min TAI Alb/Krea-suhde miehet >2,5 ja naiset >3,5 mg/mmol 	Ei T o d e t t i i n k u i t e n k i n h u o m i o i t a v a n e s i m . L D L , j o s s e u r a n t a H b A 1 c - m i t t a r i n t o t e u t u k s e n y h t e y d e s s ä m a h d o l l i s t a .
Osuus perusterveydenhuollossa hoidossa olevista diabeetikoista, joiden HbA1c-arvo on alle 53mmol/mol ja alle 63 mmol/mol. Samanlainen mittari voidaan rakentaa erillisenä verenpaineelle ja kolesteroliarvolle.	Kyllä, PRIORISOITU Vain 2.tyyppi
Nilkan yläpuolisten amputaatioiden (NFQ10, NFQ20, NGQ10, NGQ20, NHQ10, NHQ20) insidenssi diabeetikoilla.	Ei
Diabeetikoiden valtimotautikuolleisuuden suhde koko väestön valtimotautikuolleisuuteen, jaoteltuna ikäryhmittäin.	Kyllä
Näkövammaisuuden ilmaantuvuus diabeetikoilla.	Ei

2.9. VALITTUJEN TERVEYSHYÖDYN MITTAREIDEN TOTEUTUS

2.9.1. Mittarituotannon suunnittelu ja yhteistyöneuvottelut

Tiedonkeruussa ja –tuotannossa pyrittiin ensisijaisesti hyödyntämään hankkeen osallistujatahoilla jo olemassa olevia tietovarantoja uuden tiedon keruun ja yhdistämisen sijaan. Lisäksi pyrittiin löytämään yhteistyönä toteutettavissa olevia toimenpiteitä ja yhteistyön menetelmiä monien ulkopuolisten tahojen kanssa, jotka jo tuottivat terveyshyötyä koskevia tietoja tai mittaritietojen laskemiseen tarvittavia pohjatietoja. Näin ollen neuvotteluita ja selvityksiä tiedonkeruun mahdollisuuksista käytiin hankkeeseen osallistuvien palveluntuottajatahojen lisäksi mm. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Conmedic Oy:n, Corame Oy:n, BCB Medical Oy:n, Kelan ja Tilastokeskuksen kanssa.

Neuvottelut eivät eri kansallisten tahojen osalta eivät pääsääntöisesti johtaneet konkreettisiin mahdollisuuksiin toteuttaa yhteistyönä ohjausryhmässä valittuja terveyshyödyn mittareita, jolloin päädyttiin mahdollisuuksien mukaan toteuttamaan osa valituista mittareista FCG:n koordinoimana.

Aluksi suunniteltiin mittareiden tietotuotannon ensimmäiset työvaiheet, joita mittareiden toteuttamiseksi tarvittaisiin. Listatut työvaiheet on kuvattu alla.

- Hoitokokonaisuuksien määrittelyjen eli episodimääritelmien laadinta
- Terveyshyödyn ja/tai laatumittareiden laskentatapojen määrittely
- Pohja-aineistojen sijainnin, poimintatapojen ja muuttujaluettelon määrittely
- Yksikkökustannusten laskentatapojen, pohja-aineistojen ja muuttujaluettelon määrittely
- Tietoturvan ja tiedonsiirtoprosessien määrittely
- Eri toimijoiden roolien määrittely (tiedonpoiminta, käsittely, raportointi)
- Kansallisten ja organisaatiokohtaisten lupahakemusprosessien läpikäynti
- Tiedonsiirron ja -poiminnan organisointi
- Mittaritietojen tuottaminen kerättyjen pohja-aineistojen perusteella
- Mittaritietojen siirto raportointialustalle, ja raportointi

Suurin osa hankkeen tämän vaiheen työajasta todettiin prosessin aloituksen jälkeen kuluvan parhaiden ja helpoimmin saavutettavissa olevien tietolähteiden selvittämiseen eri palveluntuottajatahoilla sekä yhteistyöneuvotteluihin ulkopuolisten toimijoiden kanssa. Myös moninaisten lupahakemusten sekä eri tietolähteiden käytön luvallisuuden ja reunaehtojen selvittämiseen kului merkittävästi aikaa.

Näin ollen todettiin, ettei mittareiden toteutus normaalissa projektisuunnitelmaan perustuvassa järjestelmällisessä toimintatavassa olisi mahdollista. Hankkeen resurssien rajallisuuden vuoksi ohjausryhmässä priorisoitiin mittareiden tietotuotantoa, ottaen huomioon jokaisen sairaanhoitopiirin erilaisen tilanteen ja tietopohjan rakenteen sekä tietoinfrastruktuurin vaihtelevuuden. Lopulta hankkeessa toteutettiin mittarituotanto yllä kuvatun prosessin mukaisesti kolmea mittaria koskien niitä palveluntuottajatahoja koskien, jotka olivat kykeneviä ja halukkaita nykyisten tietotuotannon edellytysten sekä resurssiensa puitteissa toteuttamaan priorisoidut terveyshyödyn mittarit. Tulokset hankkeen puitteissa mahdollisiksi todetuista mittaritiedoista on esitetty luvuissa 4-7.

2.9.2. Mittareiden hoitopisodimäärittely

Hankkeen aloitusseminaarissa tavoitteista käydyn keskustelun perusteella potilaan hoidolla tuotettua terveyshyötyä ei ole järkevää tarkastella kuin episodikohtaisesti, ei siis yksittäisiin hoitoketjun kontakteihin kohdistettuna. Seminaarissa todettiin, että tarkasteltava toiminta on mallinnettava ja hahmotettava kaikissa tarkasteltavissa yksiköissä yhtenäisellä tavalla ja varmistettava, että kaikki hoitoon sisältyvät hoitokontaktit tulevat kartoitettua.

Hankkeen aikana todettiin, että Suomessa on muodostumassa eri tahoilla useita erilaisia määritelmiä potilaan hoidon episodille. Tärkeää on terveyshyödyn seurannan kannalta tällöin episodin erilaisten määritelmien perusteiden läpinäkyvyys ja validointi, sekä sitovien yhteisten valintojen teko toimijoiden kesken yhtenäisestä episodi- ja kustannuslaskennan määrittelystä.

Terveyshyötyä seurattaessa on kuitenkin tehtävä valintoja ja rajauksia myös terveyshyödyn mittareihin niiden soveltamiskohteen ja -tahon mukaisesti. Yhteen hoitotapahtumaan kohdistuvat mittarit voivat olla perusteltuja toiminnan kehittämiseen esimerkiksi sairaaloissa aivoinfarktin hoitoa koskien. Toisaalta yhtä perusteltua ja tärkeää voi olla kartoittaa koko hoitoketjun kustannukset, hoitotapahtumat ja vaikuttavuus diabetespotilaita koskien, tai peräti kartoittaa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon hoitotapahtumat ja -kustannukset asiakkaittain mielenterveyspotilailla.

Utilis Saints -hankkeessa päädyttiin valitsemaan ja määrittelemään hoitoepisodit, eli mittariin sisältyvät hoitokontaktit erikseen mittarikohtaisesti ilman yhtenäistä ryhmittelymenetelmää, kuten NordDRG:tä. Jokaisella valitulla mittarilla pääsääntöisesti lähtökohdat ja mittarin painotus sekä mittarin sovelluskohde olivat erilaiset. Valintoja ja niiden perusteluita on avattu luvuissa 4-7 sekä liitteen 1 mittarikuvauksissa. Tärkeintä ovat yhteisesti sovitut ja hyväksytyt mittarikuvaukset sekä poissulkusäännöt, jotka on valittava tarkoituksenmukaisesti mittarin oletettuun hyödyntäjätahoon, mittarin käyttötarkoitukseen ja mittarin kohteena olevaan asiakasryhmään soveltuviksi.

2.9.3. Mittareiden laskentatapojen tarkentaminen ja lähteet

Mittareiden eksakteja laskentamenetelmiä, kuten poissulkukriteerejä, mittareiden raja-arvoja, kohdevuosien määrittelyä, jne., ryhdyttiin muodostamaan, kun hankkeessa tuotettavat 10 alkuperäistä mittaria oli päätetty ohjausryhmässä. Pohjana mittarimääritysten tarkentamisessa käytettiin Duodecimin indikaattoriryhmän laatimaa taustamateriaalia mittariehdotuksista sekä Ruotsin Öppna Jämförelser -raporttien sisältämiä mittarikuvauksia.

Öppna Jämförelser -raporteista löytyi joko osin tai kokonaan yhtenäiset versiot kymmenestä Utilis Sanitas -ohjausryhmän lopulta valitsemaa mittarista, lukuun ottamatta yhtä aivoinfarktin hoidon tuloksellisuuden mittaria.

Mittarikuvaukset on esitetty liitteessä 1. Kuvaukset käsiteltiin projektiryhmässä, ja ohjausryhmä antoi niille hyväksyntänsä ennen tiedonkeruun aloitusta. Mittarikuvaukset kehittyivät jossain määrin myös itse tiedonkeruun aikana, kun havaittiin hyviä laskennan, poissulkukriteerien, ym. soveltamisen käytäntöjä eri toimijoilla, joiden todettiin olevan järkeviä laajentaa myös muiden toimijoiden käyttöön. Toisaalta mittarikuvaukset muotoutuivat osin myös tiedonsaannin realismin mukaan; hankkeeseen osallistuvilta palveluntuottajilta ei haluttu edellyttää kohtuuttomia panoksia mittaritietojen poiminnassa ja valmistelussa.

2.9.4. Mittareiden pohjatietojen poiminta ja mittaritulosten laskenta

Suurimman osan mittareiden pohjatietojen poiminta- ja laadintatyöstä toteuttivat palveluntuottajatahojen omat asiantuntijat mittarikuvausten pohjalta. FCG toteutti pääosin jälkilaskennan ja mittaustulosten esitysmuotoon saattamisen taulukkomuotoisista aggregoiduista lähtötiedoista. Mittarikuvaukset toimitettiin poiminnan toteuttaville yhteyshenkiöille niillä palveluntuottajatahoilla, jotka olivat sitoutuneet mittarituotantoon ja ilmaiseet priorisoitujen mittareiden toteutuksen olevan resurssiensa puitteissa. Pääsääntöisesti mittarit toteutettiin niille palveluntuottajahoille, joilla oli jo olemassa yhdistetyissä rekistereissä tai tietokannoissa tarvittavat pohjatiedot asiakaskohtaisesti henkilötunnuksen tai muun tunnisteiden perusteella. Tällöin ei tarvittu tietojen yhdistämistä eri tietokannoista. Tällaiseen tietojen yhdistämiseen eri lähteistä olisi myös liittynyt erinäisiä lupaprosesseja tai ulkopuolisten tahojen poimintakustannuksia sekä laajoja tietosuojakysymyksiä. Poikkeuksena FCG toteutti aggregoidut tietopoiminnat ja mittareiden laskentatyön itsenäisesti aivoinfarktin kuolleisuustietojen osalta.

Kaikkiin hankkeen palveluntuottajatahoihin oltiin yhteydessä ja käytiin neuvotteluja hankkeessa valittujen 10 terveyshyödyn mittarin toteutuksesta. Osalla osallistuneita palveluntuottajatahoja mittareiden tuottaminen todettiin merkittävästi helpommaksi kuin muilla, johtuen jo toteutuista aloitteista vastaavien pohjatietojen tai valmiiden mittareiden toteuttamiseksi. Suurimmalla osalla osallistujatahoja todettiin tarvittavien tietojen sijaitsevan hajallaan eri tietojärjestelmissä tai puuttuvan siten, että tiedot olisi pitäneet poimia ja yhdistää asiakkaan henkilötunnuksen perusteella esimerkiksi Tilastokeskuksen väestörekisteristä.

Hankkeessa toteutettiin kuitenkin FCG:n tukena myös edistysaskeleita esimerkiksi masennuksen oirekyselyiden kirjaamista koskien. Eksotessa otettiin käyttöön masennusoireiden tasoa kuvaavan

MADRS-kyselyn tulosten kirjaus rakenteisessa muodossa hankkeen aikana. Tämä mahdollisti masennuksen hoidon tuottaman terveyshyödyn mittaamisen asiakaskohtaisesti hoidon aloitusajankohdan ja myöhemmän ajankohdan välisen oiretason erotuksena.

Mittareiden toteutusta kaikilla osallistuneilla palveluntuottajatahoilla kartoitettiin sekä pyrittiin edistämään kuitenkin pitkälle hankkeen loppuvaiheisiin, eli vuoden 2016 alkusyksyyn asti. Lisätietoja mittarikohtaisista tietopöiminnan ja mittarituotannon menetelmistä sekä tietolähteistä on esitetty luvuissa 4-7.

2.9.5. Mittarituotannon tulokset ja havainnot pohjatietojen saatavuudesta

Eräissä Utilis Sanitas -hankkeessa mukana olleissa palveluntuottajatahoissa todettiin pohjatietokartoitusten yhteydessä jo olevan erittäin hyvin toimivia terveyshyödyn seurantajärjestelmiä tai niiden edellytyksiä, joihin perustuen terveyshyödyn mittarit olisi vaivatonta toteuttaa. Hankkeessa päädyttiin keskittymään keräämään näistä kohteista esimerkinomaista terveyshyödyn seuranta- ja vertailutietoa, jonka perusteella pystyttäisiin todistamaan terveyshyödyn mittaamisen onnistuminen jo nykyisten tietojärjestelmien avulla. Samoin pystyttäisiin kartoittamaan onnistumisten perusteella, minkälaisia edellytyksiä ja investointeja olisi muilla palveluntuottajatahoilla tehtävä, että terveyshyödyn seuranta mahdollistuisi. Mittarituloksia kerättiin ja mittareita toteutettiin seuraavasti:

- Masennuspotilaiden MADRS- ja BDI-pisteitä seurattiin Suomen Terveystalon ja Eksoten asiakkaiden osalta
- Diabetespotilaiden HbA1c-verensokeriarvoja seurattiin Suomen Terveystalon, Eksoten ja PKSSK:n asiakkaiden osalta
- Aivohalvauspotilaiden kotona asumista 3 kuukautta ensimmäisen aivoinfarktin jälkeen seurattiin Eksoten asiakkaiden osalta
- Aivohalvauspotilaiden kuolleisuutta ja hoidon kustannuksia seurattiin HUS:n, KHSHP:n ja KSSHP:n asiakkaiden osalta. Nämä tiedot olisi ollut mahdollista koota myös Eksote:sta, mutta Eksoten osalta priorisoitiin muita mittareita.

Useissa muissa sairaanhoitopiireissä edellytykset mittareiden tietotuotannolle eivät olleet tarpeeksi pitkällä mittaritietojen tuottamiseksi tämän esitutkimuksen resurssien. Hankkeen tulokset kuitenkin todistavat, että seuraten esitettyä yleistä tuotantotapaa ja yllä mainittujen organisaatioiden tietojärjestelmien rakennetta, voi kukin palveluntuottaja toteuttaa mainitut mittarit vertailua varten, jos näin kansallisesti edellytetään.

Utilis Sanitas -hankkeen rajattujen resurssien vuoksi vertailumittareiden laskeminen vakioituina lähtömuuttujien sekä iän ja sukupuolen vuoksi jätettiin toteuttamatta. Näin ollen lukujen vertailukelpoisuudessa on puutteita, silloin kuin vakioitujen lukujen tarkastelu nähdään välttämättömäksi. Tavoitteeksi hankkeelle muodostui toteuttaa kevyellä resursoinnilla ja lyhyellä vasteajalla tieteellistä tutkimusta karkeampia mittareita, joita voitaisiin kuitenkin käyttää johtamisen tukena tarkastelemalla esimerkiksi palveluntuottajakohtaista ajallista trendiä mittareiden tuloksissa. Palveluntuottajien vertailun todettiin vaativan syventymistä ja virhelähteiden perusteellista läpikäyntiä - mittareiden tuloksista ja niiden toteutuksen vaatimista toimenpiteistä oli kuitenkin karkeinakin johdettavissa useita mielenkiintoisia johtopäätöksiä. Mittarikohtaiset tulokset, menetelmät ja niiden rajattu tulkinta on esitetty myöhemmissä luvuissa 4-7.

3. *Terveyshyötytietojen hyödyntämisen nykytilanne Suomessa*

Ilkka Vohlonen, professori
Itä-Suomen yliopisto
FCG Konsultointi Oy

3.1. TAUSTA

Osana Utilis Sanitas -hankkeen tavoiteasettelua oli selvittää, mikä on nykyisten saatavilla olevien terveyshyötytietojen hyödyntämisen taso Suomessa. Terveyspalvelujen tuottamia terveyshyötyjä koskevan tiedon eräs perimmäinen tarkoitus on edistää terveyspalvelujen kysynnän ja tarjonnan kohtaamista terveyspalvelumarkkinoilla. Tuloksena tavoitellaan sekä kustannuksiltaan että laadultaan optimoituja palveluja.

Terveyshyötyä tai hoidon tuloksia koskevan tiedon tuottaminen on tärkeä osa erilaisten faktatietojen kokonaisuutta, jolla julkinen ohjaus pyrkii ohjaamaan palvelujärjestelmää ja minimoimaan muutoin tapahtuvaa markkinahäiriötä (engl. market failure). Markkinahäiriö terveyspalvelumarkkinoilla syntyy tyypillisesti terveyspalvelujen täysin vapaan, eli julkisesti ohjailemattoman kysynnän ja tarjonnan kohtaamisen – tai kohtaamattomuuden – seurauksena. Markkinahäiriö voi ilmentyä periaatteessa neljästä eri syystä, joista yhdenkin toteutumisen seurauksena on markkinahäiriö. Näitä syitä ovat, riippumatta palvelun tai hyödykkeen tyypistä: julkinen hyödyke (engl. public good), sivuvaikutukset (engl. positive and negative externalities), luonnollinen monopoli (engl. natural monopoly) sekä tiedon epäsymmetria (engl. asymmetry of information). Markkinahäiriön tuloksena palvelun yksikköhinta muodostuu huomattavasti korkeammaksi kuin sen tuotantokustannus, eli seuraa allokatiivinen tehottomuus hyödykkeen tuotannossa. Palveluiden tuottamisen kokonaiskustannukset siten julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa nousevat, ja samalla terveyspalveluilla tuotettavissa oleva maksimaalinen terveyshyöty jää osin saavuttamatta. (Vining & Weimer 1988; Vohlonen 1997)

Utilis Sanitas hankkeen esitutkimuksen tavoiteasettelu pyrki osaltaan vastaamaan siihen, kuinka markkinahäiriön ehkäisemiseksi voidaan vähentää terveyspalvelujärjestelmässämme vallitsevaa tiedon epäsymmetriaa palveluntuottajien, rahoittajien ja valinnanvapauden myötä voimaantuvan asiakkaan välillä. Tällä hetkellä saatavilla on vain niukasti terveyspalveluilla palvelutuottajittain tuotettua terveyshyötyä koskevaa tietoa, jolla tiedon epäsymmetriaa voitaisiin vähentää. Suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä tiedon epäsymmetrian vähentäminen ei tarkoita yksistään sen vähentämistä asiakkaiden näkökulmasta vaan myös palvelujen tuottajien ja rahoittajien käytettävissä olevan tiedon lisäämistä. On siis mahdollista tuottaa tietoa, jolla terveyspalvelujen tuottaja voi tehdä johtopäätöksiä palvelujensa tuottamasta terveyshyödystä ja sen parantamiseksi tehtävissä olevista toimenpiteistä asiakkaan koko hoitoketjun kattaen.

Jos tiedon epäsymmetriaa voidaan vähentää, on tuloksena oletettavasti terveyspalvelujen käyttöön liittyvän eriarvoisuuden väheneminen. Yhdenmukaisen ja avoimesti saatavilla olevan tiedon myötä oletettavasti myös palvelutuottajien aikaansaamien terveyshyötyjen erot pienenevät tuottajien omien kehitystoimenpiteiden tuloksena. Toinen positiivisen muutoksen vaikutuskanava on asiakkaan valinnanvapaus: asiakkaiden oletettavasti valitessa terveyshyödyltään parhaimpia palvelutuottajia, ohjautuvat asiakasvirrat sekä hoidon tulot (“raha seuraa potilasta”) terveyshyötytiedon valossa parhaimmin menestyville tuottajille. Terveyshyötyjä koskevan tiedon lisääntymisen myötä laskenevat myös terveyspalvelujen kokonaiskustannukset, koska tuloksiltaan heikon terveydenhuollon seurauksena on usein palvelukäytön toistuvuutta, kuten uusintaleikkauksia ja päivystyshoitajaksoja. Näin ollen yksikkökustannukset kertaantuvat nykyään tarpeettomasti, ja näin

myös palvelujen kokonaiskustannukset, joko hoidettuina episodeina tai hoidettuina potilaina kuvattuna, nousevat korkeiksi.

Utilis Sanitas -raportin tässä luvussa terveystalouden tuottamaa terveyshyötyä koskevan tiedon hyödynnettävyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka onnistuneesti se poistaa tiedon epäsymmetriaa. Epäsymmetrian poiston tarve, edellytykset ja tavat riippuvat oleellisesti siitä, mistä näkökulmasta epäsymmetrian olemassaoloa määritellään. Tiedon epäsymmetrian poistaminen voi vaatia merkittävästi erilaisia toimenpiteitä, jos kohteena on esimerkiksi asiakkaan ja lääkärin välinen suhde ja hoitoprosessiin liittyvä päätöksenteko hoitopaikasta, hoidon tarpeen ja tuloksen välinen arviointi palvelujärjestelmätasolla tai mahdollisesti terveystalouden tilaajan ja tuottajan välinen palveluista sopiminen.

3.2. TAVOITE JA ASETELMA

Tiedon hyödynnettävyyden määriteltiin yllä olevan se taso, jolla hoidon terveyshyötyä koskevalla tiedolla voidaan ehkäistä terveystalouksen markkinahäiriötä vähentämällä tiedon epäsymmetriaa. Yllä mainittiin myös tiedon epäsymmetrian poistamisen edellytysten olevan merkittävästi erilaiset riippuen sovellettavasta näkökulmasta, eli tiedon hyödyntäjätahoista.

Utilis Sanitas -hankkeen tämän osion tavoitteeksi asetettiin tämän pohdinnan perusteella selvittää, mikä on terveystalouden tuottamaa terveyshyötyä koskevan tiedon hyödynnettävyys potilaan, tuottajan ja rahoittajan näkökulmista. Kaikissa näissä kolmessa näkökulmassa tarkasteltiin terveyshyötyn nykyistä saatavuutta, sisältöä, käyttöä ja laadinnan edellytyksiä seuraavan kuuden kysymyksen kautta.

- a. onko terveyshyötyä koskevaa tietoa olemassa?
- b. onko terveyshyötyä koskevaa tietoa saatavissa?
- c. onko saatavissa oleva terveyshyötyn tieto käytettävissä?
- d. onko käytettävissä olevaa tietoa käytetty potilaan hoidon kehittämiseksi?
- e. onko käytetty tieto johtanut päätelmiin terveystalouden toimivuudesta?
- f. ovatko päätelmät johtaneet toimenpiteisiin?

Yllä esitetyt kysymykset käytiin läpi kaikkien kolmen eri hyödyntäjätahon näkökulmien mukaan. Koska esitutkimuksessa keskityttiin kolmen hoitokokonaisuuden ja niitä vastaavien potilasryhmien, eli aivohalvaus-, diabetes- ja masennuspotilaiden hoidon terveyshyödyn mittaamiseen indikaattorit, eikä kaikkia hoitokokonaisuuksia ollut hankkeen resurssien mahdollista käydä läpi kaikkien kolmen näkökulman mukaan, valittiin jokaiselle hankkeen hoitokokonaisuudelle yksi hyödyntäjän näkökulma selvitettäväksi. Valinnoissa harkittiin, mikä näkökulma on tärkein ja vallitsevin kullekin hoitokokonaisuudelle.

Harkinnan aluksi todettiin, ettei aivohalvauksen hoidon osalta potilaan itsenäinen valinta hoitopaikan suhteen ole mahdollista. Koska masennusta sairastavien potilaidenkin itsenäisen valinnan edellytykset ovat sairauden luonteen vuoksi heikentyneet, keskityttiin potilasnäkökulmasta diabeteksen hoidon terveyshyötyä kuvaavan tiedon hyödynnettävyyden tarkasteluun. Diabeteksen hoidon osalta, vaikkakin vaihtoehdot voivat useissa maakunnissa olla rajattuja, lienee potilaalla toisinaan mahdollisuus sekä harkinta-aikaa aidosti valita hoitava tahonsa. Tämä valinnanvapauden näkökulma diabeteksen osalta korostuu niillä alueilla, joilla yksityiset toimijat ovat aktiivisia palveluidensa tarjonnassa, mutta edellyttää yksityisten toimijoiden pääsyä valinnan vapauden piiriin Sote-uudistuksen tuloksena.

Tuottajan näkökulmasta pidettiin aivohalvauksen hoidon mittareihin keskittymistä tarkoituksenmukaisempana kuin masennuksen hoidon. Toisaalta masennuksen hoidon tulosten ja potilaiden terveysongelmien tason mittaaminen lienee sekin tuottajan näkökulmasta relevanttia. Hankkeen resurssien rajallisuuden vuoksi tarkasteluun tuottajan näkökulmasta valittiin kuitenkin vain aivohalvauksen hoidon mittarit.

Rahoittajan näkökulmasta todettiin masennuksen hoidon terveyshyötyä koskevan tiedon hyödynnettävyyden selvittämisen olevan tarkoituksenmukaisinta. Myöhemmin masennuksen hoidon

terveyshyödyn selvittämiseen voitaneen liittää myös arviointeja eri hoitomenetelmien kustannus-hyöty suhteesta, esimerkiksi lääkehoidon ja terapian tuottamien terveyshyötyjen vertailun tai yhteistarkastelun kannalta. Selvitystyön asetelma oli siten seuraavanlainen:

- Potilasnäkökulma: Diabeteksen hoidon terveyshyötytietojen hyödyntämisen selvitys
- Tuottajanäkökulma: Aivoinfarktin hoidon terveyshyötytietojen hyödyntämisen selvitys
- Rahoittajanäkökulma: Masennuksen hoidon terveyshyötytietojen hyödyntämisen selvitys

Esitettyjä näkökulmia ja niihin kohdennettuja terveysongelmia koskien selvitettiin, miten Suomessa hankkeen osallistujatahot ja heidän sidosryhmänsä hyödyntävät saatavilla olevia terveyshyötytietoja jo nykytilanteessa. Kunkin hoitokokonaisuuden osalta käytettiin esimerkkeinä niitä terveyshyödyn indikaattoreita, joita Utilis Sanitas hankkeessa oli sovittu käytettäväksi.

3.4. MENETELMÄT

Selvityksessä kerättiin vastaukset tavoiteasettelun mukaisiin kysymyksiin a-f pääsääntöisesti hankkeen osallistujatahojen ja heidän sidosryhmiensä edustajien haastatteluin. Haastatteluissa käytettiin puolistrukturoitua haastattelutapaa – pohjana toimivat yllä esitetyt standardikysymykset.

Haastattelutilanteissa käytettiin myös tukena mittariesimerkkejä, joita haastatteluajankohtina oli käytettävissä. Esimerkiksi aivoinfarktin tuottajanäkökulmaa selvittäessä käytettiin uusimpia käytettävissä olleita tulosteita THL:n PERFECT-hankkeen aivoinfarktin vaikuttavuusmittareista (THL 2016). Lisäksi selvitettiin kansainvälisiä kokemuksia terveyshyötytietojen käytöstä muissa maissa eräiden ulkomaalaisten asiantuntijoiden haastatteluin sekä kirjallisuuskatsauksen avulla.

Suomessa haastateltiin syksyllä 2015 kolmen eri näkökulman edustajia Joensuussa, Lappeenrannassa ja Jyväskylässä. Haastattelut koskivat kutakin yllä mainittua kolmea näkökulmaa ja niille valittuja hoitokokonaisuuksia. Haastatteluissa käytiin läpi kullakin alueella säännönmukaisesti sekä sairaanhoitopiirin, yksittäisten lääkäreiden ja potilaiden sekä kaupunkien edustajien näkemykset. Haastatteluja toteutettiin siten kattavasti koko terveyspalvelujärjestelmän alueelta ja myös eri näkökulmista.

3.5. TULOKSET

Nämä tulokset ja niiden pohjana olleet havainnot sekä näiden havaintojen perusteella tehnyt päätelmät raportoitiin hankkeen ohjausryhmälle syksyllä 2016. Ohjausryhmän käsittelyn jälkeen päädyttiin konsensukseen seuraavista tuloksista haastatteluaineistoon perustuen.

3.5.1. Onko terveyshyötyä koskevaa tietoa olemassa?

Terveyshyötyä koskevaa tietoa on eräiden potilasryhmien osalta systemaattisesti, joidenkin osalta satunnaisesti ja joidenkin osalta ei ollenkaan. Systemaattisesti ja kattavasti tietoa on olemassa mm. sydäninfarktin ja aivoinfarktin sekä tekonivelleikkausten osalta. Maassamme on useita aloitteita eri maakunnissa terveyshyötytiedon keräämiseksi yksittäisien terveysongelmien hoidosta.

3.5.2. Onko terveyshyötyä koskevaa tietoa saatavissa?

Terveyshyötyä ja terveydenhuollon tuloksia koskevaa tietoa on saatavissa ja kirjataan päivittäin hoitotapahtumien yhteydessä, mutta tieto jää usein kirjaamatta rakenteiseen, eli helposti tietoteknisesti hyödynnettävään muotoon. Toisaalta hyödynnettävissä olisi laajastikin rakenteista tietoa, jota ei vain ole koostettu tarkoituksenmukaisiksi tunnusluvuiksi asiakkaille tuotetusta terveyshyödyistä.

3.5.3. Onko saatavissa oleva terveyshyötytieto käytettävissä?

Tietoa on paljonkin käytettävissä, jos niin halutaan. Kuitenkaan tietoa ei ole poliittisten toimijoiden, eli terveyspalvelujärjestelmän korkeimpien tilaajatahojen puolesta nähty tarpeelliseksi. Tärkeimmäksi nykytilanteessa nähdään terveyspalvelujärjestelmän toimintaan kuluvien vuotuisten

kustannusten, eli panosten, kontrollointi terveydenhuollon tuottaman terveyshyödyn, eli tuloksen, sijaan. Kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta terveystalouden ohjaus painottuu epäterveesti kuluneisiin panoksiin välittämättä panoksilla aikaansaaduista tuloksista. Näin ollen kustannusvaikuttavuuden optimointi on nykytilanteessa mahdotonta.

3.5.4. Onko käytettävissä olevaa tietoa käytetty potilaan hoidon kehittämiseksi?

Potilaat ja palvelujen rahoittajat eivät lähes poikkeuksetta käytä eivätkä edellytä tietoa palveluiden tuottamasta terveyshyödyistä eivätkä toiminnan laadusta. Terveydenhuoltojärjestelmän asiakkaat, eli potilaat, joko luottavat julkisen terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan tai uskovat yksityisten terveydenhuoltopalveluiden tuottavan automaattisesti parempaa laatua kuin julkisten.

Kuitenkin palveluntuottajat itse, kuten eräät hankkeeseen osallistuneet sairaanhoitopiirit sekä Suomen Terveystalo, näkevät terveyshyötytiedon tarpeelliseksi sekä ovat osin strategisesti luoneet edellytyksiä kyseisen tiedon tuottamiselle, sekä hyödyntäneet jo tietoa toimintansa kehittämisessä, eli potilaan saaman hoidon parantamisessa.

3.5.5. Onko käytetty tieto johtanut päätelmiin terveystalouden toimivuudesta?

Palvelujen rahoittajat, eli sairaanhoitopiirien luottamuselimet ja kuntien luottamuselimet, lähes poikkeuksetta eivät käytä terveystalouden tuottamaa terveyshyötyä koskevaa tietoa niiden toiminta- ja taloussuunnitelmien laadinnassa. Kustannuksia, eli terveydenhuoltoon käytettäviä panoksia ja niiden vuotuista arviointia priorisoidaan tulosten, eli terveyshyötyjen kustannuksella.

3.5.6. Ovatko päätelmät johtaneet toimenpiteisiin?

Palvelujen tuottajien keskuudessa terveyshyötytiedot ovat johtaneet hoitojen ja hoitoketjujen optimointiin satunnaisesti, mutta osin peräti kattavasti edistyksellisten palveluntuottajatahojen keskuudessa. Rahoittajien ja potilaiden tekemien toimenpiteiden pohjana ei pääsääntöisesti ole ollut systemaattinen tieto hoidon tuottamasta terveyshyödyistä ja siinä esiintyvistä puutteista.

Potilaiden toimenpiteet ja valinnat ovat pääsääntöisesti perustuneet omakohtaisiin tai viiteryhmien huonoihin kokemuksiin, jotka ovat johtaneet valitukseen potilasasiamiehille, ja joista osa on raportoitu mediassa. Median esiintuomat yksittäistapaukset ovat todennäköisesti johtaneet rajumpiin ja mittavimpiin toimenpiteisiin kuin maltilliset, pätevät tutkimustulokset eri hoitojen tai palveluntuottajien systemaattisesti tuottamista terveyshyödyistä – tai niiden puutteista.

3.5.7. Yhteenveto tuloksista

Suomessa saatavilla olevien terveyshyötytietojen nykyisen hyödynnettävyyden selvityksen tuloksina voidaan todeta seuraavaa.

Terveydenhuoltopalveluja käyttävät potilaat eivät lähes milloinkaan käytä eri terveystalouden tuottamaa terveyshyötyä koskevia faktatietoja palvelutahoa valitessaan. Tämänkaltaista tietoa ei toisaalta käytännössä ole nykytilanteessa juuri käytettävissäkään. Pääsääntöisesti palvelut valitaan viiteryhmän suositusten tai huhujen (engl. word of mouth) taikka yksinkertaisesti maantieteellisesti lähimmän tai halvimman palvelun perusteella.

Tuottajanäkökulmasta käytetään satunnaisesti eräitä käytettävissä olevia tietoa siitä, mitä terveyshyötyä kukin hoito on tuottanut. Eräät edistykselliset toimijat, kuten useimmat hankkeen osallistujatahoista, keräävät ja käyttävät terveyshyötytietoja palvelutuotannon johtamisessa sekä kehittämisessä ainakin eräitä sairausrhyimiä koskien.

Rahoittajanäkökulmasta on Suomessa erittäin harvinaista, että terveystalouden tilaamista koskevassa päätöksenteossa käytettäisiin tietoja siitä, mitä on terveystalouden tuottama terveyshyöty. Tilanne on vallitseva, vaikka nykytilanteessakin olisi käytettävissä useita tietoja, joilla terveystalouden terveyshyötyä voitaisiin seurata. Eräs esimerkki on THL:n PERFECT-hankkeen tuottamat tiedot, ja lisää vastaavia tietoja olisi tuotettavissa kohtuullisilla rahallisilla panostuksilla.

Nykytilanteessa yksittäiset mediassa esiintyvät poikkeustapaukset ohjaavat keskustelua terveystalouden laadusta ja potilaalle tuotetusta terveyshyödyistä. Järjestelmälliset potilastason tieteelliset tutkimukset ja selvitykset taikka tieto palveluilla tuotetuista terveyshyödyistä, joista voitaisiin johtaa faktoihin perustuvia johtopäätöksiä ja toimenpiteitä, eivät ole lähes missään roolissa suomalaisen terveystalouden toiminnasta päätettäessä.

3.6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Esitutkimuksen ehkä eräs tärkein havainto on se, että tiedon puutteesta johtuvan tiedon epäsymmetrian ongelmia ei Suomessa pääsääntöisesti pidetä niin tärkeinä, että jo olemassa olevan tiedon hyödyntäminen olisi edes tyydyttävää. Tämä johtaa siihen, että palvelujärjestelmän toimijoiden välisen tiedon epäsymmetrian tuloksena hoidon yksikkökustannukset kasvavat Suomessa tarpeettoman korkeiksi. Nykytilanteessa yllättävästi tätä tilannetta eivät koe ongelmaksi palvelujen rahoittajat, tuottajat eivätkä potilaat. Suomessa tiedon epäsymmetriasta johtuvaa markkinahäiriötä terveyspalvelujen tarjonnan ja kysynnän välillä ei pidetä yhteiskunnallisesti merkittävänä ja korjausta tarvitsevana ongelmana.

Tämän tilanteen hyväksyminen tarkoittaa sitä, että terveyspalvelujen rahoittamisesta vastaavat kunnalliset ja valtakunnalliset tahot myötävaikuttavat terveyspalvelujärjestelmämme tehottomuuteen, laatuongelmiin ja kasvaviin kokonaiskustannuksiin.

Terveydenhuoltojärjestelmämme tuottamien terveyshyötyjen, eli toiminnan tuloksen, ollessa pääsääntöisesti epäselvä, johtaa tilanne palvelujen yksikkökustannusten kertaantumiseen palvelujen käytön toistumisen muodossa. Hoidon toistuvuuden ja tehottomuuden vuoksi, kuten uusintaleikkausten ja mielenterveysongelmien kroonistumisen, terveyspalvelujemme kustannukset ovat tarpeettoman korkeat. Vaikka useat terveydenhuollon ammattilaiset, organisaatiot ja järjestöt ovat olleet aloitteellisia tilanteen korjaamisessa, ei maassamme ole edelleenkään toiminnassa adekvaattia terveyspalveluilla tuotettujen terveyshyötyjen seurannan kansallista järjestelmää.

Monissa muissa maissa, kuten Ruotsissa, Sveitsissä ja Yhdysvalloissa, juuri markkinahäiriön minimointia tavoitteena pitäen on kehitetty terveyspalvelujen tuottamien terveyshyötyjen seurantajärjestelmiä. Motiivina on ollut, että terveyspalvelujen yksikkökustannusten taso vastaisi mahdollisimman hyvin tuotantokustannuksia. Myös potilasturvallisuus on ollut kehittämisen perusta.

Utilis Sanitas -hankkeen esitutkimuksen aikana toteutettu tilannekatsaus osoitti, että Suomessa terveyshyödyn seuranta ja tähän perustuva terveydenhuollon yksikkökustannusten alentaminen sekä kansalaisille tuotettavan terveyshyödyn maksimointi olisi mahdollista. Toisaalta, tuntemattomista syistä, terveyshyödyn seuranta ja vertailua ei ole pidetty siihen tarvittavien maltillisten investointien veroisena kehityskohteenä.

4. *Masennuksen hoidon tuottaman terveyshyödyn mittaaminen ja seuranta*

Ilkka Vohlonen, professori

UEF, FCG

Timo Salmisaari, Yhteiskunnallisen osallisuuden palvelujen johtaja

Eksote

Merja Repo, kehittämissuunnittelija

Eksote

Veli Koistinen, erityisasiantuntija

FCG

4.1. TAUSTA

Maassamme hoidetaan hyvin suuri määrä masennuksesta (F32 ja F33) kärsiviä potilaita terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja yksityisillä vastaanotoilla lääkärien ja terveydenhoitajien toimesta. Hoitomuotoja on lukuisa määrä, joista keskeisimmät ovat keskusteluhoidot, psykoterapeuttiset menetelmät, psykososiaaliset hoitokeinot sekä lääkehoidot ja muut biologiset hoitomuodot.

Vaikka masennuksen hoito on eräs keskeisimmistä ja kustannuksiltaan suurimmista maamme terveydenhuollon tehtävistä, sen potilaille tuottamasta terveyshyödystä tiedetään Suomessa hyvin vähän. Myöskään ei tiedetä eri hoitomuotojen kustannus-hyöty suhteista tai eri toimijoiden tuottamien terveyshyötyjen eroista.

Utilis Sanitas -hankkeessa Duodecimin asiantuntijaryhmä suositti masennuksen tuottaman terveyshyödyn mittaamiseksi muutamia menetelmiä – lähinnä luotettaviksi todettuja ja kalibroituja potilaan oireiden laadun ja määrän dokumentoimismenetelmiä. Näistä eräs oli MADRS-pisteytys.

Masennuksen hoidon alueelliset järjestämistavat ja hoidon porrastus vaihtelevat melkoisesti eri puolella maata. Siksi hoidon tuottamien terveyshyötyjen todentamisen kannalta on oleellista, että tiedot potilaan terveydentilasta ja sen mahdollisista muutoksista kerääntyvät sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta.

Kustannus-hyöty analyysiä tehtäessä olisi tarpeellista tietää myös lääkkeiden ja työterveyshuollon sekä muiden potilaan hoitoon käytettyjen palveluiden kustannukset. Tuotetun terveyshyödyn seurannan kannalta kustannustiedot eivät ole tarpeellisia, vaan tärkeintä olisi saada käyttöön lääkäri- tai hoitajakäyntikohtainen mittaustieto MADRS-pisteistä.

4.2. TAVOITE

Tämän Utilis Sanitas -hankkeen osion tavoitteena oli selvittää, kuinka voidaan tuottaa tietoa rutiininomaisesti masennuspotilaiden saaman hoidon tuottamasta terveyshyödystä kliinisessä potilastyössä jo nyt kertyvistä potilastiedoista. Ohjenuorana oli selvittää, voidaanko kohdeorganisaatioissa, Eksotessa ja Suomen Terveystalossa, muodostaa hankkeessa priorisoitu depression hoidon tuottaman terveyshyödyn mittari. Priorisoidun mittarin sisältönä oli seurata masennuspotilaiden oireiden tasoa 6 ja 12 kuukauden kuluttua hoidon aloittamisesta. Mittarin tarkempi kuvaus on liitteessä 1.

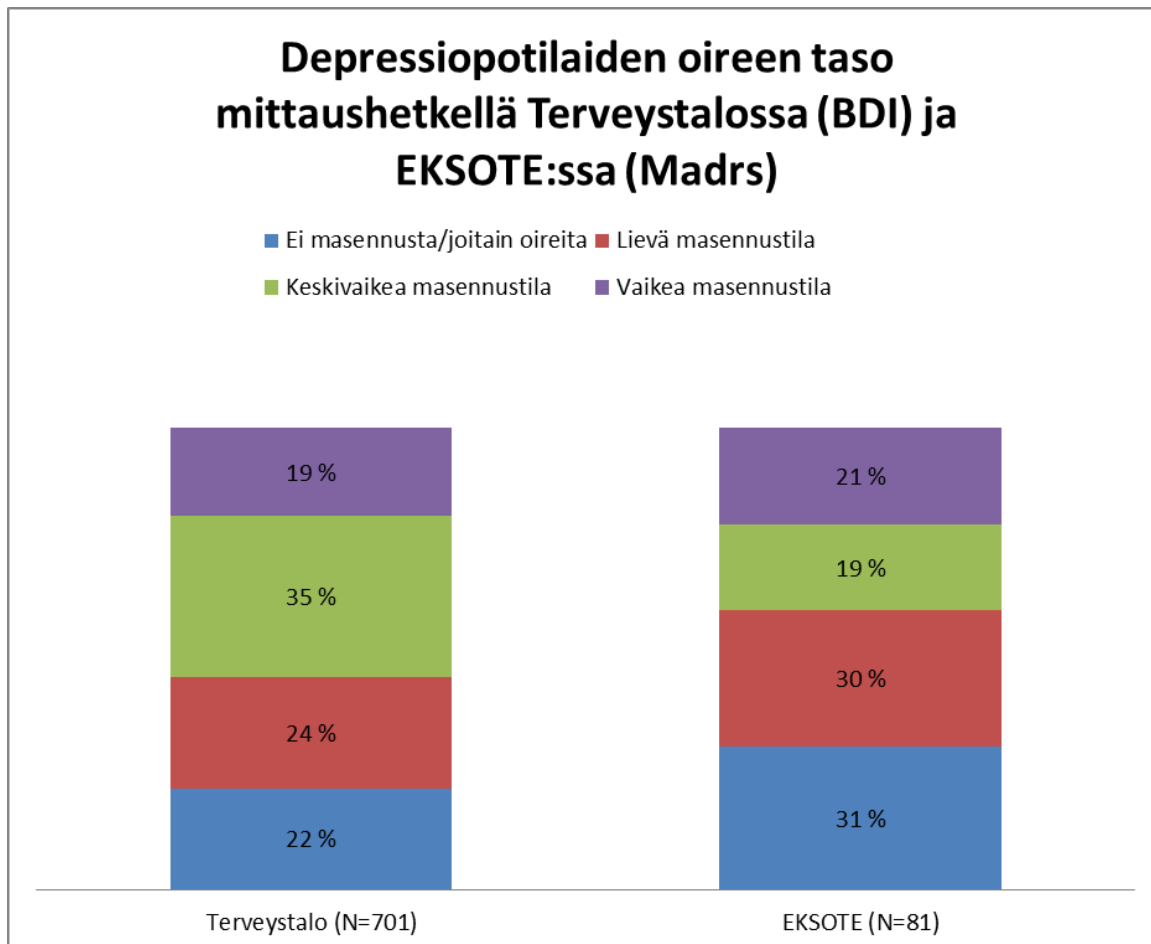
Tarkoitus ei näin ollen ollut vielä osoittaa tai tutkia vallitsevan hoidon tuottaman terveyshyödyn määrää tai eri potilasryhmien ja palvelujen tuottajien välisiä eroja tuotetun terveyshyödyn määrissä. Päämääränä oli, että osoitettaisiin masennuspotilaiden (F32 ja F33) saaman hoidon tuottaman terveyshyödyn seuraamisen olevan mahdollista jo olemassa olevin kliinisin mittauksin (MADRS- tai

BDI-pisteytykset) ja potilasmerkinnöin sekä käytössä olevin tietojärjestelmin (esim. EFFICA) ja tilastollisin menetelmin (esim. SPSS).

Kunkin hankkeeseen osallistuneen palveluntuottajatahon kyvykkyyksiä toteuttaa priorisoitu terveyshyödyn mittari, eli tuottaa siihen tarvittavat pohjatiedot itsenäisesti, selvitetiin aluksi kyselyin ja haastatteluin. Alustavan kartoituksen jälkeen päädyttiin masennuspotilaiden mittareita koostamaan tarkemmin Eksoten ja Suomen Terveystalon osalta.

4.5. MADRS- JA BDI-MITTAUKSET EKSOTESSA JA TERVEYSTALOSSA

Alkuperäisen Duodecimin mittarikuvauksen ja -määrittelyn mukaisesti tarkoitus oli testata eri toimijoiden tuottaman terveyshyödyn vertailua, riippumatta käytetystä kyselymenetelmästä. Näin ollen hankkeessa kerättiin saatavilla olevaa tietoa Eksote:sta ja Terveystalosta, vaikka rutiininomaisesti käytössä olevat oiremittarit olivat kohdeorganisaatioissa erilaiset. Terveystalossa oli aloitettu hankkeen käynnissä ollessa systemaattiset BDI-mittaukset, ja MADRS-mittausten rakenteinen kirjaaminen käynnistettiin Eksotessa hankkeen aikana. Alla on esitetty pohjatilanteen kartoittamiseksi tehty kyselyjen läpileikkaustulosten arviointi vuodelta 2015 sekä Eksotessa että Terveystalossa.



Kuva 4.1. Depressiopotilaiden oireiden taso mittaushetkellä prosentuaalisesti kaikista toteutetuista mittauksista vuonna 2015 Eksotessa (MadrS-mittari) ja Terveystalossa (BDI-mittari).

Pohja-aineistot poimittiin sekä mittareiden vaatima käsittely toteutettiin Eksoten ja Terveystalon aineistoasiantuntijoiden toimesta vuoden 2016 aikana. Mittarin toteutus tehtiin liitteen 1 määrittelyn mukaisesti. Organisaatioiden aineistoasiantuntijat lähettivät FCG:lle aggregoidut mittaritulokset jatkokäsittelyä varten.

Mittaushetkellä oireettomia oli masennuspotilaista Eksotessa MADRS-kyselyn perusteella n.31 % ja Terveystalossa BDI-kyselyyn perustuen n.22 %. Kuvan 4.1 tulos ei esitettyssä muodossa kuvaa vielä terveyshyötyä, jonka kuvaamiseen päästään toistuvien mittausten seurannan kautta.

Alkuperäisen Duodecimien indikaattorioryhmän mittarimäärityksen mukaisesti, eli laskemalla oireettomien potilaiden määrä 6kk ja 12kk ensidiagnoosin asettamisen jälkeen, voitiin todeta, että Terveystalossa 6kk depression ensidiagnoosin jälkeen oireettomia oli 17 %, ja 12kk depression ensidiagnoosin jälkeen oireettomia oli 18 %. Terveystalon osalta ei toteutettu mittaustulosten (oiretason) muutoksen laskentaa, jolloin tuotetun terveyshyödyn tarkastelu ei ollut mahdollista. Tulokset ovat vuosilta 2014-2015.

Eksotessa ja Terveystalossa käytettiin tulostittarin rakentamiseen erilaista potilaskyselyä, mikä vaikeuttaa vertailua, luoden oireettomien potilaiden määrän vertailuun epävarmuustekijöitä. MADRS-mittarin osalta kyselyn potilaalle sekä siihen liittyvät kirjaukset suorittaa terveydenhuollon ammattilainen, ja BDI-mittaus on potilaan toteuttama itsearviointi. BDI- ja MADRS-mittareiden pistearvojen tulkinnalle, eli oireettomuuden rajan määrittämiselle, on myös useita erilaisia tulkintaohjeita. Näin ollen tulokset voivat vaihdella tulkintaohjeen soveltamisen johdosta muutamia prosenttiyksiköitä, ja mittaustulosten vertailu eri kyselyillä sisältää suuruudeltaan epävarman virheen. Tässä esimerkinomaisessa tarkastelussa on käytetty Duodecimien indikaattorioryhmän esittämiä raja-arvoja (Taulukko 3.2).

Utilis Sanitas –hankkeen ohjausryhmässä päätettiin ensimmäisten tulosten käsittelyn jälkeen priorisoida ensidiagnoosien jälkeisten kertaluonteisten oirearviointien tekemisen sijaan alla esitettävää Eksoten osalta tehtyä oiretason muutosten arviointia. Koska vastaavanlaista mittausta ei toteutettu Terveystalon osalta, vaan toteutettiin alkuperäisen mittarimäärittelyn mukainen yksinkertainen seuranta diagnoosin jälkeen, ei esitutkimuksessa toistaiseksi vielä toteutettu masennuspotilaiden hoidolla tuotetun terveyshyödyn vertailua. Estettä vertailun toteuttamiseksi ei kuitenkaan havaittu – tosin yhtenäisen tulostittarin käyttö on suositeltavaa vertailun virhelähteiden kontrolloimiseksi.

Alla esitetty Eksotessa sovellettu potilaskohtaista oiretason muutosta kuvaava mittaustapa todettiin terveyshyödyn kannalta havainnollisemmaksi ja tilastollisesti vahvemmaksi kuin poikkileikkaukseen perustuva toimintatapa. Jäljessä esitetty mittarimäärittely on lähempänä terveyshyödyn luvussa 1 esitettyä laskentatapaa ja on siten suositeltavampi seuraavien tutkimusten aikana.

4.6. DEPRESSION HOIDON TERVEYSHYÖDYN MÄÄRITYS EKSOTESSA

4.6.1. Aineisto ja menetelmät

Eksote ja sen kattama väestö valittiin tähän esitutkimukseen kahdesta syystä. Ensinnäkin, sen alueella erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon potilastiedot ovat samassa kansiossa ja toiseksi, koska Eksoten psykiatrasta hoitomallia pidettiin eräänä maamme edistyksellisimmistä.

Eksotessa osoittautui elokuussa 2015, että masennuksesta kärsivien lääkärin hoitoon hakeutuneiden potilaiden hoidon osana MADRS-pisteytystä käytetään yleisesti osassa avohoidon toimintoja (mielenterveyspäivystys ja arviointipoliklinikka). Terveysasemien yhteydessä sijaitsevilla toimipisteissä käytetään itse koottua mittaripakettia, koska sen avulla vastataan paremmin terveyskeskuslääkäreiden kanssa tehtävän yhteistyön tarpeisiin. Osoittautui myös, että potilastietokannasta ei voitu laskea potilasryhmäkohtaisia MADRS-pisteiden jakaumia ja sen tunnuslukuja, vaan tätä varten oli tehtävä IT-kehitystyötä.

Eksoten henkilökunnan informoinnin ja IT-kehitystyön tuloksena aloitettiin masennuspotilaiden MADRS-pisteytys ja näiden tallentaminen rutiininomaisesti keskitetyissä palveluissa marraskuun 2015 alussa. Nyt käytössä ollut aineisto kattoi noin 6 kuukautta (1.11.2015 – 30.4.2016) ja Eksoten alueen kunnat. Koska Imatra liittyi Eksote:en 2016 alusta, on sen alueen potilaista vain satunnaisia tietoja ja suurin osa potilaista on kotoisin Lappeenrannasta, joka on alueen suurin väestötaajama.

Jotta masennuspotilaiden saaman hoidon tuottamaa terveyshyötyä voitaisiin havainnollistaa, sovittiin että mitataan ja lasketaan potilaskohtaisten MADRS-pisteiden muutos (delta). Delta-arvoja tarkasteltaessa on muistettava, että muutos (mahdollinen pisteiden määrän lasku) on sitä suurempi ja

todennäköisempi mitä korkeampi (pisteiden summa) on lähtöarvo. Myös olisi tärkeää sopia siitä, minkä aikavälin muutosta kuvataan. Tässä työssä delta laskettiin potilaskohtaisesti ensimmäisen ja viimeisen käynnin MADRS-pisteiden erotuksena.

Potilaskohtainen MADRS-pisteiden taso määritellään skaalalla 0 – 44 tai yli. MADRS-pisteytys käsittää 10 kysymystä, kunkin vastaus 0-6 asteikolla. Pisteiden painottamaton summa tulkitaan seuraavasti:

0 – 7	Ei masennusta
8 – 14	Masennusoireita
15- 24	Lievä masennustila
25- 30	Keskivaikea masennustila
31- 43	Vaikea-asteinen masennustila
44 tai yli	Erittäin vaikea-asteinen masennustila

Pisteytystä on maassamme käytetty kliinisen työn apuvälineenä. Aikaisempia seurantatietoja potilaskohtaisista muutoksista (ryhmätason tunnuslukuina) ei maassamme ole käytettävissä. Vaikka tämän mittarin (MADRS) luotettavuutta ja toistettavuutta on tutkittu, ei näitä näkökulmia pidetty tarpeellisena selvittää (Eksoten toiminnan laadun mittaamiseksi ja varmistamiseksi) tämän esitutkimuksen tavoitteiden kannalta.

Koska MADRS-pisteytystä käytettiin normaalin masennuspotilaiden hoidon yhteydessä vain osassa organisaatiota, ilman eri ohjeistusta, ilman mittausten luotettavuuden selvitystä ja ilman mahdollisen valikoitumisen dokumentointia, ei alla esitettyjä tuloksia tulisi ainakaan vielä pitää Eksoten alueen masennuspotilaiden saaman hoidon tuloksellisuuden luotettavana mittauksena – vain esimerkkinä terveyshyödyn seurannan mahdollistumisesta.

4.6.2. Tulokset

Alla on esitetty tulokset masennuspotilaiden MADRS-mittauksista Eksotessa yhteenlaskettuna kaikkien jäsenkuntien asukkaiden osalta. Mittaustulokset ovat vuoden 2015 loka- ja marraskuulta.

Taulukko 4.1. Eksoten läpileikkaustulokset MADRS-mittarista vuoden 2015 loka- ja marraskuulta. Mittariluokat yhteenlaskettuina kaikista Eksoten jäsenkunnista.

Mittariluokat	Mittausten lukumäärä		Potilaiden lukumäärä		
	MADRS-pistettä	Kpl	%	Potilaita	%
0-7		10	12,3	9	11,7
8-14		15	18,5	15	19,5
15-24		24	29,6	24	31,2
25-30		15	18,5	15	19,5
31-43		17	21,0	15	19,5
Yhteensä		81	100,0	77	100,0

Ylläolevasta taulukosta havaitaan suurimman määrän Eksotessa masennusdiagnoosilla hoidossa olleista henkilöistä sijoittuneen lievän masennustilan luokkaan (31,2 %). Keskivaikeita tai sitä vaikeampia masennustiloja oli hoidossa olleista potilaista n. 39 %:lla. Luvut ovat tarkasteltavissa myös kuntakohtaisesti. Eksoten osalta muilla kunnilla kuin Lappeenrannalla tarkasteltavia tapauksia oli tarkasteluajanjaksolla liian vähän (alle viisi luokittain) raportoitavaksi.

Taulukko 4.2. Eksoten läpileikkaustulokset MADRS-mittarista vuoden 2015 loka- ja marraskuulta kuntakohtaisesti Lappeenrannan kaupungin osalta. Mittausten lukumäärää koskeva prosentti ilmoittaa Lappeenrannan mittausten osuuden kaikista Eksoten jäsenkuntien mittauksista.

Mittariluokat	Mittausten lukumäärä		Potilaiden lukumäärä		Keski-arvo	Keski-hajonta	Minimi	Maksimi	Mediaani
	MADRS-pist.	Kpl	%	HIö	%	MADRS	MADRS	MADRS	MADRS
0-7	8	11,4	7	10,4	3,3	2,4	0,0	6,0	4,0
8-14	13	18,6	13	19,4	11,9	2,1	0,0	14,0	12,0
15-24	22	31,4	22	32,8	19,1	2,8	8,0	24,0	20,0
25-30	14	20,0	14	20,9	27,0	1,6	15,0	30,0	27,0
31-43	13	18,6	12	17,9	34,2	3,8	25,0	43,0	33,0
Yhteensä	70	86,4	67	87,0	20,3	10,0	31,0	43,0	20,0

Tuloksia voidaan tulkita tarkemmin kvalitatiivisesti siinä yhteydessä, kun suunnitellaan maan kattavaa masennuksen hoidon vaikuttavuuden seurantajärjestelmää ja kvantitatiivisesti siinä yhteydessä, kun arvioidaan MADRS-pisteytyksen soveltuvuutta masennuksen hoidon seurantamenetelmäksi. Mittaus osoittautui tässä vaiheessa mahdolliseksi jatkossa tapahtuvaa järjestelmällisempää toimintaa varten.

Edellä mainitun 6 kuukauden aikana oli Eksotessa tehty 278 mittausta 257 potilaalle. Potilaista 21:lle oli tehty vähintään kaksi mittausta 6 kuukauden aikana. Näitä potilastietoja (mittausten tulokset potilaskohtaisina MADRS-pisteinä) analysoitiin kryptattuna tilastollisesti Eksoten, Finnish Consulting Groupin ja Itä-Suomen yliopiston toimesta. Kaikkien potilaiden delta oli -9.05 pistettä, eli ensimmäisestä käynnistä viimeiseen käyntiin potilaskohtaiset MADRS-pisteet olivat laskeneet noin 9 pistettä (Taulukko 4.3.). Lappeenrannan osalta tulokset on esitetty myös kuntakohtaisena. Muiden kuntien osalta oli alle 5 henkilöä, joilla MADRS-mittauksia oli tarkasteluajana kaksi tai enemmän, jolloin näiden kuntien osalta tuloksia ei raportoitu tietosuojan vuoksi.

Taulukko 4.3. MADRS-pisteiden potilaskohtaiset muutokset talvella 2015-2016 kuuden kuukauden aikana Eksoten alueen kunnissa sekä eriteltynä Lappeenrannan kaupungin osalta.

Kunta	N-määrä	Muutos masennustilassa	Keskiarvo muutoksesta
	Potilaita	MADRS-pisteitä	MADRS-pisteitä / potilas
Lappeenranta	15	-138	9,2
Yhteensä Eksote	21	-190	9,0

Tulokset osoittavat, että jo olemassa olevaa potilaskohtaista tietoa voidaan käsitellä tilastollisesti ja delta-arvojen suunta on oikea. Myös muutos oireilussa (sen väheneminen) näyttää huomattavan suurelta (noin 20 % muutos maksimista ja noin 40 % muutos mediaanista) – siis hoidon vaikuttavuus on vähintäänkin hyvä suhteellisen lyhyellä aikavälillä.

Hoidon vaikuttavuuden seurannan kannalta on myös tärkeää huomata, että MADRS-pisteiden poikkileikkausta kuvaavien tunnuslukujen (esim. keski-arvo, jakauma, jne.) sijasta, deltan tarkastelulla on moninkertainen ns. tilastollinen voima. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että hyvin pienelläkin potilasjoukolla (verrattuna kahden tai useamman poikkileikkausta kuvaavan tunnusluvun vertailuun) voidaan seurata hoidon tuloksellisuutta ilman tilastollisen satunnaisuuden vaaraa. Nämä mittaus-, laskenta- ja seurantatapa mahdollistavat tarvittaessa eri potilasryhmien ja vaikkapa tuottajaorganisaatioiden vertailun luotettavammin ja nopeammin (lyhyemmällä seuranta-ajalla), pienemmällä valikoitumisongelmilla sekä tiedonhankinta- ja käsittelykustannuksilla.

4.7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tulokset osoittavat, että masennuspotilaiden hoidon tuottamaa terveyshyötyä voidaan seurata. Lisäksi hoidon terveyshyödyn seurannan järjestämisen kannalta on välttämätöntä, että potilaskertomuksissa kirjatut masentuneisuuden oirekyselyiden tulokset ovat kirjattu systemaattisesti sekä rakenteisesti poimittavassa muodossa. Tällöin tulokset ovat analysoitavissa kvantitatiivisesti toimipisteittäin.

Samoin varmistettiin, että valitun terveyshyödyn mittarin toteutus merkittävästi helpottuu, tai jatkuvaluonteinen käyttö käytännön johtamisen tukena mahdollistuu vasta, kun oirekyselyiden tulokset ovat rakenteisesti kirjattuina samassa tietojärjestelmäkokonaisuudessa, tietoaltaassa, tms., kuin asiakkaan hoito- ja diagnoositiedot. Tällöin ei ole tarvetta erikseen yhdistää eri aineistoja hajanaisista lähteistä potilaan henkilötunnusta tai muuta tunnistetta käyttäen – tarvittavat tunnusluvut voidaan tuottaa ja raportoida aggregaatteina anonymisti.

Alkuperäisen priorisoidun masennuksen hoidon terveyshyötyä kuvaavan mittarin toteutus todettiin onnistuneeksi Suomen Terveystalossa ja Eksotessa. Mittarin toteutus onnistui molemmissa kohteissa olemassa olevien tietojärjestelmäedellytysten, eli poiminnan kannalta yhtenäisessä tietojärjestelmä-rakenteessa sijaitsevien pohjatietojen ansiosta. Organisaatioiden tietojärjestelmäasiantuntijat olivat myös hyvin harjaantuneet näiden pohjatietolähteiden käyttöön, eli mittarikuvausten mukaisesti tarvittavien aineistokyselyjen tekemiseen ko. järjestelmistä. Lisäksi todettiin, että tietojärjestelmiin kohdistuvien edellytysten täytyessä, mittareiden toteutus asiantuntevan henkilön toimesta onnistuu korkeintaan muutaman tunnin työllä.

Esitutkimuksen aikana osoittautui edelleen, että Eksotessa käytössä oleva potilastietojärjestelmä (EFFICA) sinänsä soveltuu huonosti potilasryhmäkohtaisten tunnuslukujen tuottamiseen. MARDS-pisteiden kerääminen sairaanhoitoon liittyneiden käyntien yhteydessä myös osoitti sen, että jopa Eksoten kokoisessa organisaatiossa esiintyy vaihtelua siinä, mitä pisteityksiä – vaiko mitään – eri asiantuntijat käyttävät.

Myös Eksoten organisaation eri yksiköt käyttivät eri pisteityksiä ja käytön järjestelmällisyys vaihteli. Kuten koko maassa, niin ei myöskään Eksotessa oltu aikaisemmin juuri lainkaan perehdytty sen masennuspotilaille tuottaman hoidon tuloksellisuuden mittaamiseen.

Tässä esitutkimuksessa käytettyjä menetelmiä voitaisiin soveltaa rutiininomaisesti niin Eksotessa kuin muissakin integroiduissa palvelujärjestelmissä suhteellisen pienillä resursseilla. Jos palvelujen integrointia ei ole tehty, niin masennuspotilaiden seurannan kattavuuden näkökulmasta on oleellista, että tiedot (ml. MADRS-pisteitys tai vastaava mitta) sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairanhoidosta ovat tarkasteltavissa samasta potilaasta kokonaisuutena. Tässäkään esitutkimuksessa ei käytetty hyväksi niitä tietoja (sekä hoidosta että potilaan kunnosta), joita olisi ollut saatavilla muilta palvelujen tarjoajilta – erityisesti työterveyshuollosta.

Nyt saatujen kvantitatiivisten tulosten (MADRS-pisteiden muutos) perusteella Eksotessa masennuspotilaiden hoidon vaikuttavuus on hyvä. Tässä tulkinnassa ei kuitenkaan ole otettu huomioon mahdollisia sekä potilaiden valikoitumiseen (erityisesti mittauksen kohteena olleet) että mittaajien valikoitumiseen (MADRS-pisteitystä käyttävät) liittyviä tulosten tulkintoja mahdollisesti sekoittavia tekijöitä.

Tämän esitutkimuksen tuloksina ei oteta kantaa siihen, onko BDI- tai MADRS-pisteitys pätevä tapa mitata masennuspotilaiden oirehtimista eikä sitä onko näiden pisteiden kehityksen muutos järkevin tapa organisoida hoidon tuloksellisuuden seuranta. Myöskään tässä yhteydessä ei oteta kantaa siihen, mittaako MARDS-pisteitys ylipäänsä hoidon masennuspotilaille tuottamaa terveyshyötyä.

Esitutkimuksen tarkoitus oli yksinkertaisesti testata sitä, voidaanko MADRS-pisteitystä käyttäen teknisesti seurata potilaiden kunnan kehitystä olemassa olevin tiedoin. Käytetyn menetelmän arviointia tärkeämpää on ensiksi pyrkiä yhdenmukaiseen ja vakioituun yhden mittarin käyttöön.

Esitutkimus osoittaa, että jos masennuspotilaiden hoidon tuottaman terveyshyödyn seurantaan pidetään tarpeellisena, niin olemassa olevat käytännöt ja edellytykset Eksotessa tai Suomen Terveystalossa jo mahdollistavat sen. Lisäksi, käytettyjä menetelmiä soveltamalla ja

esimerkkiorganisaatioiden tekemiä tietojärjestelmäratkaisuja seuraten voidaan masennuspotilaiden hoidon vaikuttavuutta kehittää suhteellisen yksinkertaisesti koko maassa.

Terveystieteiden seurantatietojen käyttö organisaation kronologisen kehityksen ohjaajana näyttää mahdolliselta jo nyt tehdyn esitutkimuksen perusteella. Eri organisaatioiden keskinäisen tai niiden oman kronologisen kehityksen vertailemiseksi tulisi varmastikin kiinnittää enemmän huomiota sekä tietojen että mittausasetelman luotettavuuteen.

5. *Diabeteksen hoidon tuottaman terveyshyödyn mittaaminen ja seuranta*

Mika Keinänen, aluepäällikkö
FCG Datawell Oy

Päivi Metsäniemi, kehittämissyylilääkäri
Suomen Terveystalo Oy

5.1. TAUSTA JA TAVOITE

Diabetes on kustannuksiltaan, potilasmääriltään ja terveysvaikutuksiltaan yksi merkittävimmistä suomalaisia kansansairauksia. Utilis Sanitas hankkeen ohjausryhmä äänesti diabeteksen neljänneksi tärkeimmäksi seurattavaksi hoitokokonaisuudeksi, ja valitsi myöhemmässä priorisoinnissa sen tarkasteltavien hoitokokonaisuuksien joukkoon.

Vaikka Utilis Sanitas -hankkeen alkuvaiheen hoitokokonaisuuksia koskevan äänestysmenettelyn aikana ei tehty eroa diabeteksen tyyppien välille, päätettiin diabeteksen hoidon tarkastelussa keskittyä Utilis Sanitas hankkeessa 2. tyyppin diabeteksen tarkasteluun.

Utilis Sanitas hankkeessa Duodecimin indikaattoriryhmä teki suosituksia diabeteksen hoidon tuottaman terveyshyödyn mittareiksi (Taulukko 2.3). Esitettyjä mittareita oli useita, joista ohjausryhmässä priorisoitiin HbA1c-pitkäaikaissokerin mittaustulokseltaan tasapainossa olevien potilaiden prosentuaalista osuutta kaikista alueen 2. tyyppin diabetespotilaista. Työosuuden tavoite oli siten tarkastella tämän diabetespotilaiden hoitotasapainomittarin laskennan edellytyksiä hankkeen osallistujatahojen joukossa. Korkean verensokeritason tiedetään diabeetikoilla olevan yhteydessä suurempaan vakavien komplikaatioiden sekä sydän- ja verisuonisairauksien esiintyvyyteen ja niihin liittyvään ennen aikaiseen kuolleisuuteen (Ilanne-Parikka ym. 2011).

5.2. AINEISTO JA MENETELMÄT

Eräät Utilis Sanitas -hankkeeseen osallistuvat julkiset ja yksityiset toimijat, mm. Vaasan sairaanhoitopiiri (VSHP), Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK), Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote) sekä Suomen Terveystalo (Terveystalo), olivat hankkeen käynnistyessä jo alueillaan ottaneet käyttöön menetelmiä sekä tietojärjestelmäratkaisuja, jotka mahdollistivat diabeteksen hoidon terveyshyödyn seurannan.

Tarvittavat pohjatiedot kattoivat diagnoositiedot (E11), uusimman tiedon laboratoriomittauksesta pitkäaikaissokerin (HbA1c) osalta sekä eräitä täydentäviä tietoja. Näiden tietojen oli oltava potilaskohtaisesti yhdistettävissä sekä kronologisesti ajoitettavissa päivämäärän perusteella.

Vaasan sairaanhoitopiiri ja PKSSK olivat muodostaneet prosesseja alueellisen diabetes-rekisterin toteutukseen. Eksotessa diabeteksen hoidon tuottaman terveyshyödyn seuranta mahdollistui kaikkien seurantaan tarvittavien tietojen jo oltua yhdistettynä osana Eksoten omaa laajempaa tietojärjestelmäratkaisua. Samoin Terveystalon osalta, laboratorioiden ja diagnoosien oltua saman organisaation hallussa ja potilaskohtaisesti yhdistetyissä tietokannoissa, mahdollistui pyydetyn mittarin laskenta hyvin nopealla varoitusaajalla – noin kahden viikon kuluessa alkuperäisestä pyynnöstä.

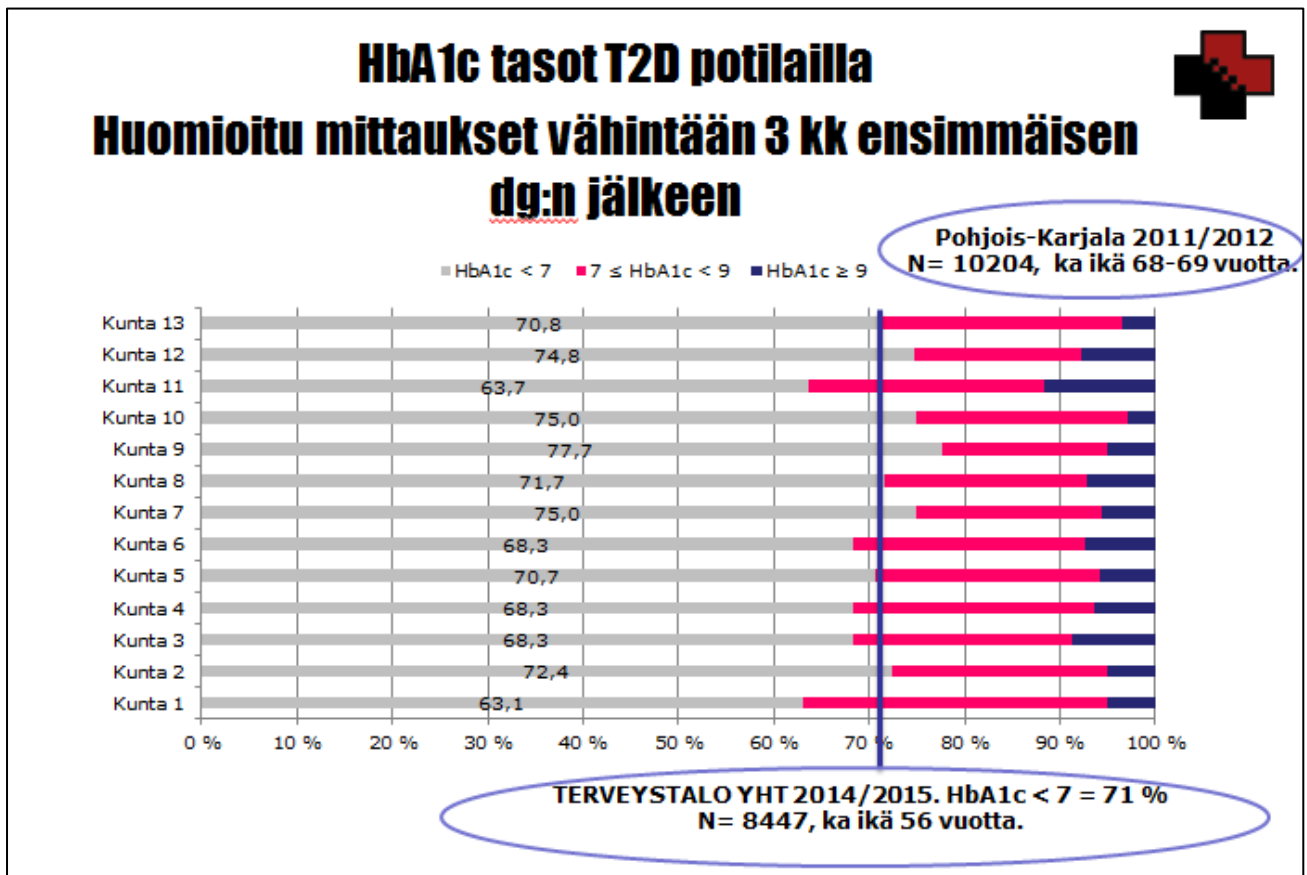
Duodecimin indikaattoriryhmän esittämän mittarikuvauksen (Taulukko 2.3) mukaisesti olisi tullut tarkastella HbA1c > 7% sekä HbA1c > 8 % potilasryhmien osuuksia kaikista tarkastelujoukkoon kuuluvista diabeetikoista. Mittaria yksinkertaistettiin Utilis Sanitas –esitutkimuksen alustaviin selvitystarkoituksiin siten, että tarkastelu koski vain HbA1c-mittausarvoltaan 7% ylittävien

potilaiden määrää koko kohdejoukosta. Mittarin tarkempi pohja-aineisto- ja laskentakuvaus on liitteessä 1.

Alustavaan vertailuun kerättiin kolmen tahon tulostiedot: Terveystalo, Eksote ja PKSSK. Mittareiden ja mittausajankohtien yhtenäistäminen ei toteutunut ensimmäisellä mittauskerralla, mutta tulokset osoittavat eräitä eroja alueittain ja kuntien välillä.

5.3. TULOKSET

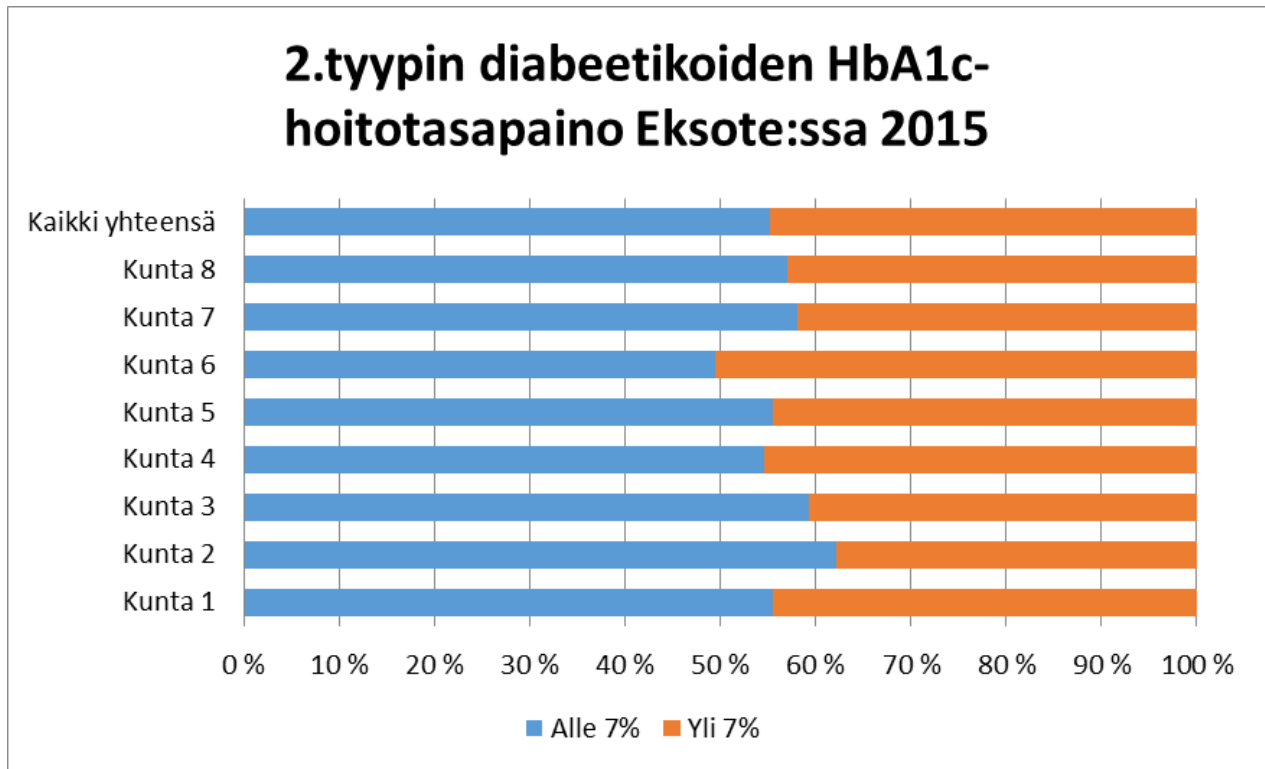
Ohessa (Kuva 5.1.) on tuloksia diabetespotilaiden hoidon tuloksellisuuden mittaamisesta HbA1c-arvoilla Pohjois-Karjalan alueella, verraten lukuja myös Suomen Terveystalon tulostietoihin. Tulokset osoittavat, että diabetespotilaiden hoitoa tulisi ja voitaisiin kehittää niin, että Pohjois-Karjalan alueen eri kunnissa saavutettaisiin samanlaiset (ainakin yhtä hyvät) hoidon tulokset. Maakunnan alueella onkin esimerkiksi PKSSK:n puolesta aloitettu toimenpiteitä, joilla jaetaan parhaita käytäntöjä sekä pyritään vaikuttamaan positiivisesti hoitotasapainoltaan heikoimpien alueiden väestölle tuotettuun terveyshyötyyn.



Kuva 5.1. Diabetespotilaiden HbA1c-tasojen vertailua Terveystalon ja Pohjois-Karjalan tulosten välillä.

Terveystalon ja Pohjois-Karjalan tulokset olivat hyvinkin yhteneväiset riippumatta väestörakenteen eroavaisuudesta. Molemmilla palveluntuottajatahoilla keskimäärin noin 71%:lla potilasjoukosta HbA1c-verensokeriarvot olivat tavoitetaso alapuolella. Suora vertailu ei ole vielä näiden tuloksien perusteella mielekäästä eriävien mittausvuosien sekä vakioimattomien tulosten vuoksi. Terveystalon potilasjoukon mittaustulosten osuminen kuitenkin lähes täsmälleen Pohjois-Karjalan väestön mittaustulosten keskiarvoon on mielenkiintoinen tulos, joskin kyseessä on mahdollinen yhteensattuma. Toistuvia mittauksia yhtenäiseltä ajanjaksolta tarvitaan tulosten todentamiseksi. Hankkeen loppuvaiheessa kerättiin Eksoten ja Terveystalon osalta tulokset myös yhtenäiseltä ajanjaksolta, mutta hankkeen resurssit ja aikataulu eivät mahdollistaneet niiden raportointia.

Alla kuvassa 5.2. on esitetty Eksoten alueen kuntien tuloksia vastaavanlaisella määrittelyllä, käyttäen Terveystalon kanssa yhtenevää yksinkertaisempaa mallia mittarista (HbA1c-tulos alle 7 %). Mittauksessa huomioitiin uusin HbA1c-testin tulos vuodelta 2015, niille diabetespotilaille, joille diagnoosi 2. tyypin diabeteksestä oli annettu joko vuonna 2013 tai 2014.



Kuva 5.2. Eksoten alueen kuntien diabeteksen hoitotasapaino HbA1c-tason perusteella.

Mittaustuloksiin perustuen voidaan todeta Eksoten HbA1c-tasoltaan hoitotasapainossa olevien henkilöiden prosentuaalisen määrän olevan selvästi (10-15 prosenttiyksikköä) sekä Pohjois-Karjalaa että Terveystaloa matalammalla. Tulos lienee merkittävä, mutta vakioinnin puuttuminen sekä toisistaan eroavat mittausvuodet saattavat tuloksen kyseenalaiseksi. Toisaalta myös Eksoten sisällä on Pohjois-Karjalaa vastaavia 5-7 prosenttiyksikön eroja kuntien välisissä tuloksissa, joihin lienee mahdollista hakea korjaavia, eli alueellisia terveyseroja tasaavia toimenpiteitä.

Joka tapauksessa näin merkittävän poikkeaman perusteella on vähintään suositeltavaa tarkistaa, poikkeavatko Eksoten alueella myös diabeteksen komplikaatioiden määrä Pohjois-Karjalan ja Terveystalon potilasjoukkojen kokemien komplikaatioiden määrästä. Alueellisissa hoitoprosesseissa on mahdollisia ongelmia – myös prosessimittareiden tarkastelua ehdotetaan. Utilis Sanitas -esitutkimuksen resurssit eivät riittäneet hoitokomplikaatiomittareiden ja prosessimittareiden tarkasteluun diabeteksen osalta, mutta tulos osoittaa niiden olevan tarpeellisia johtopäätösten todentamiselle.

5.4. JOHTOPÄÄTÖKSET

Lähes puolella Utilis Sanitas -hankkeeseen osallistuneista palveluntuottajatahoista muodostunut alueellinen tai toimijakohtainen toimintatapa diabetespotilaiden HbA1c- sekä muiden terveyshyödyn mittareiden muodostamiseen ja arviointiin.

Osa järjestelmistä, kuten VSHP:n ja PKSSK:n diabetesrekisterit, toimivat tutkimuksellisilla toimintatavoilla, jolloin tarvittavat tiedot kerätään yksittäisajoina vuosittain. Eksote ja Terveystalo taas ovat lähtökohtaisesti yhdistäneet tarvittavat tiedot potilastietovarastoissaan osana laajempaa toimintatapaa siten, että tietojen joustava ja nopea raportointi on mahdollista. Samoin maassamme toimii kansallinen verkosto yksityisen yrityksen (Conmedic Oy) ylläpitämänä. Verkostossa

tarkastellaan järjestelmällisesti vuosittaisprosessissa diabeteksen hoidon terveyshyödyn mittareita sekä havaittujen tulosten parantamisen mahdollisuuksia.

Kuitenkin kansallista koordinaatiota sekä hajanaisten eri aloitteiden antamien tulosten vertailua ei tällä hetkellä maassamme toteuteta. Melko pienin panostuksin oli mahdollista jo Utilis Sanitas -hankkeen aikana vertailla hoitotasapainoa eri alueiden välisesti, tosin karkeilla menetelmillä. Toistettavien ja vähitellen yhtenäistettävien mittausten perusteella päästäisiin kuitenkin maltillisin panostuksin vähitellen lähemmäs mittaustulosten vertailukelpoisuutta.

Diabeteksen hoidon osalta kansallisen tason seuranta yksinkertaisimmista tulosmittareista, joihin HbA1c-lukuarvo kuuluu, olisi Utilis Sanitas -hankkeen tulosten perusteella mahdollista toteuttaa vuoden tai kahden aikajänteellä. Arviolta puolet maan sairaanhoitopiirien kunnista saataisiin seurannan piiriin jo nykyisten edellytysten puitteissa, seuraten hyviä esimerkkejä vaikkapa hankkeen osallistujatahojen joukosta (Terveystalo, PKSSK, Eksote, VSHP). Myös eräillä kansallisilla toimijoilla, kuten Duodecimilla, on jo edellytyksiä ja valmiita laskentamalleja diabeteksen seurannan järjestelmälliseen toteutukseen, jos laaja alueellinen datapohja esimerkiksi tietoaltaan kautta olisi käytettävissä.

Yllä mainittuun perustuen, diabeteshoidon tuottaman terveyshyödyn seurannan aloittaminen ei liene maassamme kovin suuri kustannusinvestointi diabeteksen hoitoon ja sen komplikaatioihin kuuluviin kustannuksiin sekä taudin seurauksena menetettyihin elinvuosiin verrattuna. Olemassaolevien edellytysten koordinoiminen ja mittaustulosten sekä -menetelmien yhtenäistäminen raportointineen lienee hankkeen kokemusten perusteella maksimissaan 100.000-200.000 euron suuruinen investointi. Kansallinen tahtotila ja koordinaatio sekä vastuutaho diabeteksen seurannan johtamiseen kuitenkin yhä puuttuu.

6. Aivoinfarktin hoidon tuottaman terveyshyödyn mittaaminen ja seuranta

Mika Keinänen, aluepäällikkö
FCG Datawell Oy

6.1. TAUSTA

Aivoinfarkti on kansallisesti, kuten muutkin Utilis Sanitas -hankkeessa tarkastellut hoitokokonaisuudet, yksi suurimpia yksittäisiä terveydenhuollon kustannusten aiheuttajia sekä lisäksi yksi yleisimpiä kuolinsyitä Suomessa. Utilis Sanitas -hankkeen ohjausryhmä äänesti aivoinfarktin ensimmäiseksi ja tärkeimmäksi hankkeessa seurattavaksi hoitokokonaisuudeksi.

Duodecimin indikaattoryöryhmä antoi vuoden 2014 lopulla suosituksensa aivoinfarktin hoidolla saavutettavan terveyshyödyn seurannan mittareihin (Taulukko 2.1). Mittareista priorisoitiin kotona asuvien määrän selvittämistä 3 kuukautta aivoinfarktin sairaalahoidon alkamisen jälkeen. Kuitenkin kaikkia muitakin aivoinfarktin hoidon valittuja mittareita koskien päätettiin tehdä selvityksiä niiden aikajänteeltään nopean, eli alla vuoden ajanjaksolla toteuttamisen mahdollisuuksista.

6.2. TAVOITE

Työosuuden tavoite oli vastata Utilis Sanitas -hankkeen ohjausryhmän määrittämään tehtävään tarkastella priorisoituna mittarina kolmen kuukauden kuluttua aivoinfarktista kotona asuvien potilaiden prosentuaalisen osuuden laskennan edellytyksiä Utilis Sanitas -hankkeeseen osallistuvien toimijoiden osalta.

Toissijaisena tavoitteena tarkasteltiin mahdollisuuksia tuottaa kuolleisuusmittareiden tuloksia karkeina mittareina suoraan hankkeeseen osallistuneiden palveluntuottajatahojen omista tietojärjestelmistä. Tavoitteena oli nopeuttaa mittareiden raportointiaikataulua. Utilis Sanitas -hankkeen toteutusaikana kansallisten aivoinfarktin hoidon terveyshyötytietojen raportointiviive oli noin 3 vuotta. Nykyisessä tilanteessa THL:n PERFECT-hanke tuottaa ja julkistaa vuosittain aivoinfarktin hoidon terveyshyötyä koskevia tietoja alle vuoden viiveellä – raportin kirjoitusajankohtana on käytössä jo laajasti terveyshyötytietoja vuodelta 2016 (THL 2017).

6.3. AINEISTO JA MENETELMÄT

Käytettyjen mittareiden pohja-aineisto- ja laskentamenetelmäkuvaus on liitteissä 1 ja 2. Erällä Utilis Sanitas -hankkeeseen osallistuvilla sairaanhoitopiireillä, eli HUS:lla, KSSHP:llä ja KHSHP:llä, oli jo lähtötilanteessa käytössä kuolleisuuslaskentaan tarvittavia integroituja tietopohjia, jotka mahdollistivat aivoinfarktin kuolleisuuden seurannan.

Kuolleisuusmittareita koskevat tarvittavat pohjatiedot kattoivat potilaskohtaisesti yhdistetyt kuolinpäivätiedot väestörekisterikeskuksesta, diagnoositiedot ja erät hoidon taustatiedot aivoinfarktin sairaalahoidon osalta. Tietojen oli oltava potilaskohtaisesti yhdistettävissä, kuten yllä mainituissa sairaanhoitopiireissä olikin.

Esimerkinomaiseen kuolleisuustietojen laskentaan tarvittavat mittaritiedot poimittiin ja käsiteltiin ilman asiakkaan tunnistetietoja kolmen sairaanhoitopiirin (HUS, KSSHP, KHSHP) Ecomed KPP-tietokannoista. Näiden kolmen sairaanhoitopiirin osalta oli tietokantoihin integroitu kuukausittain väestörekisterikeskuksesta päivittyvät tiedot potilaiden kuolinpäivämäärästä. Kuolleisuuslaskentaan sovellettiin mahdollisuuksien mukaan THL:n PERFECT:n laskentatapoja. Eksoten osalta vastaavat

tiedot olivat saatavilla alueen yhdistetyssä tietovarastossa, mutta niitä ei tässä yhteydessä kerätty, koska Eksoten osalta priorisoitiin toisia terveyshyödyn mittareita.

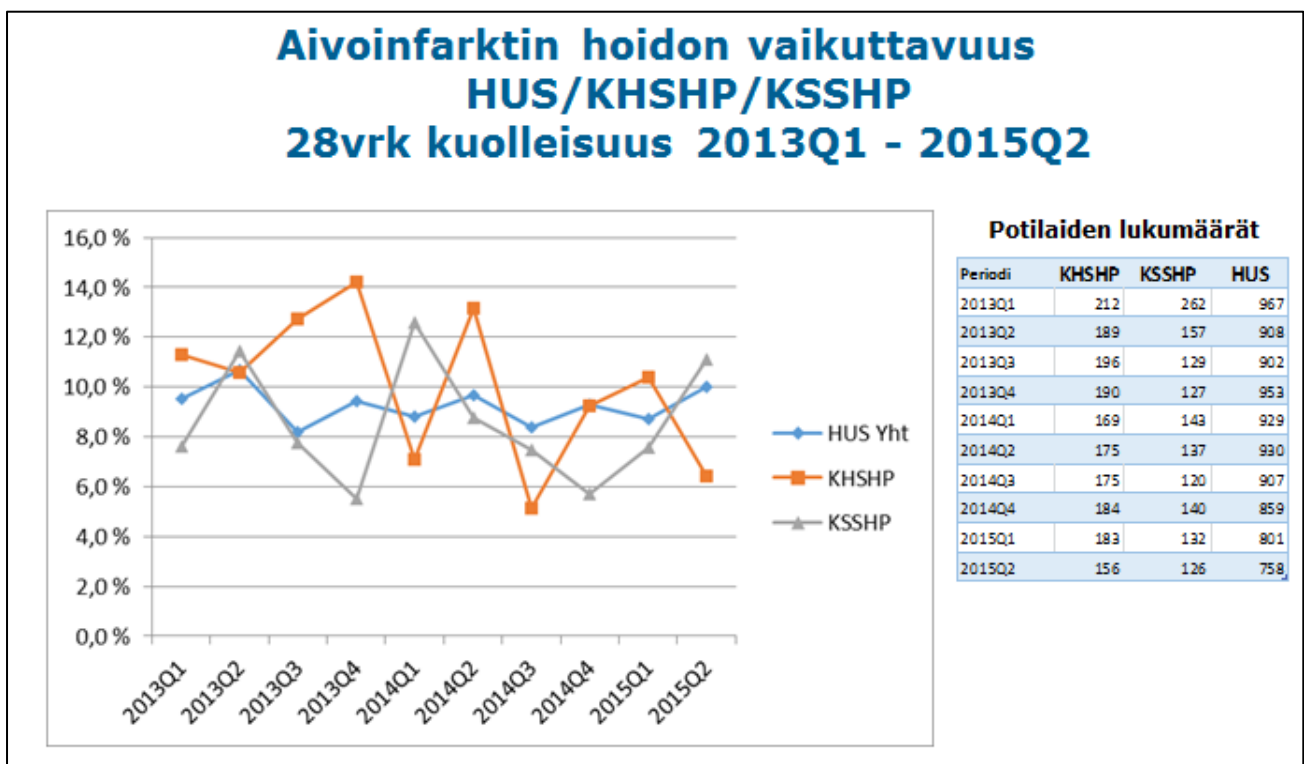
Lasketut luvut kuvaavat yksinkertaista prosentuaalista osuutta kyseisessä sairaalassa aivoinfarktin vuoksi hoidetuista potilaista, jotka menehtyivät otsikossa ilmoitetun aikajänteen sisällä. Käytetyt mittarimäärittelyt, poissulkuehdot, ym. on esitetty tarkemmin liitteessä 1.

Kotona asumisen määrittäminen Utilis Sanitas –hankkeessa osoittautui erittäin hankalaksi, osallistujatahojen oltua erikoissairaanhoidon edustajia, ja julkisten asumispalvelujen tuottajien ollessa perusterveydenhuollon tai sosiaalitoimen piirissä. Näin ollen perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen toimijoiden osalta tiedonkeruu, yhdistäminen ja tahojen sitouttaminen projektiin muodostui resurssihin nähden mahdottomaksi. Eksoten osalta siis todettiin ainoana Utilis Sanitas –hankkeen osallistujatahoista mahdolliseksi priorisoitavan mittarin toteutus. Eksoten esimerkki alueellisen tietovaraston toimivuudesta ja merkityksestä terveyshyödyn mittaamiselle osoittautui tärkeäksi.

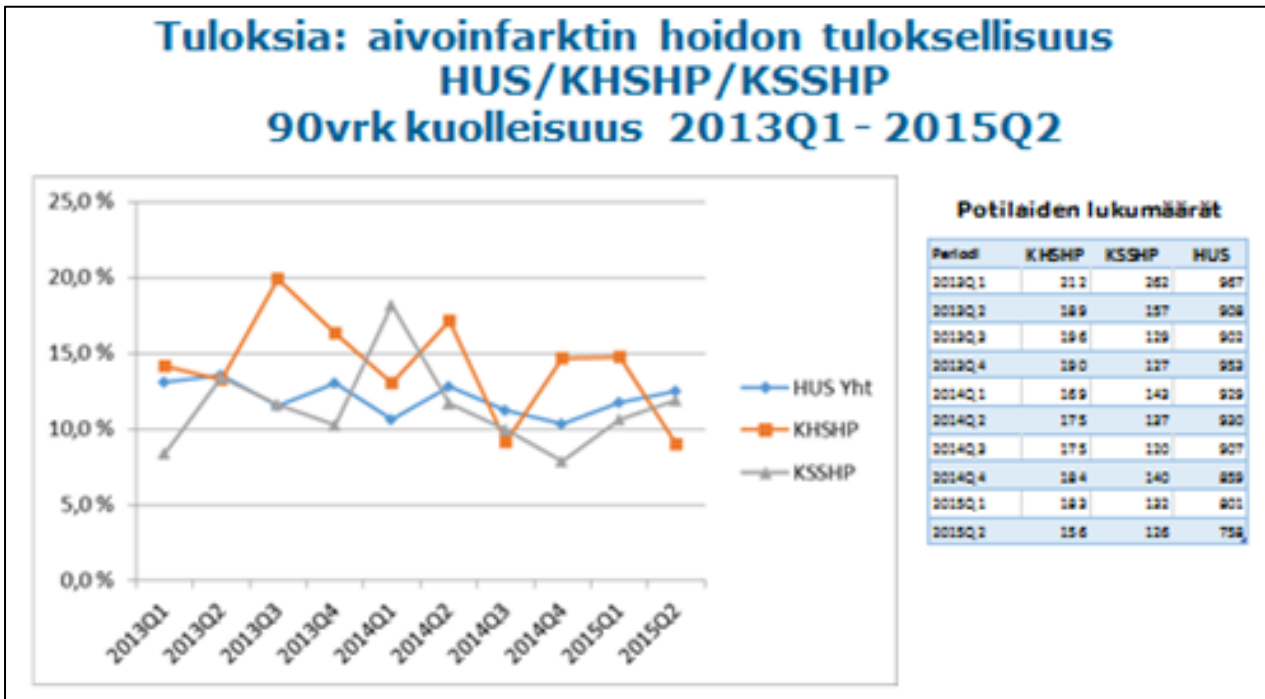
THL:n PERFECT-tutkimus on sitemmin toteuttanut vastaavanlaisen mittarin, eli mitannut systemaattisesti kotiutuneiden ja elossa olevien määrää 90 päivää aivoinfarktin jälkeen. Mittarin toteutuksessa on käytetty SosiaaliHILMO-nimistä kansallista tietopohjaa. Mittarin toteutus on raportin kirjoitusajankohtana nopea – uusimmat tiedot ovat saatavilla vuodelta 2016.

6.4. TULOKSET

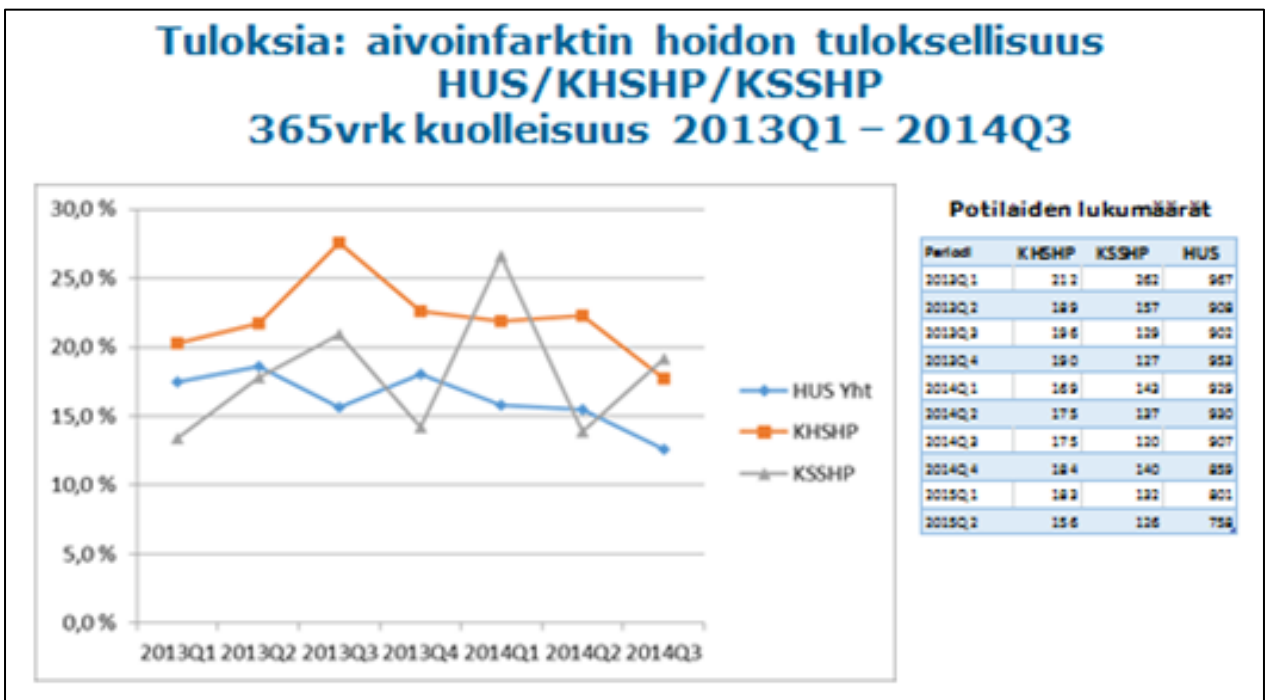
Alla on esitetty esimerkkituloksia aivohalvauspotilaan hoidon tuottamasta terveyshyödystä välittömän (28 vrk), keskipitkän (90 vrk) ja pitkän aikavälin (365 vrk) kuolleisuuden mukaan. Tulokset on esitetty kvartaaleittain, ja ne ovat vakioimattomia. Tarkoituksena oli osoittaa yksinkertaisten tunnuslukujen laskennan ja nopean raportoinnin mahdollisuus jopa kvartaalitasolla. Vakioinnille ikä- ja sukupuoliryhmien mukaan sinänsä ei havaittu esteitä (Kuvat 6.1-6.3). Mittaritulokset kyettiin tuottamaan loppuvuonna 2015 noin kuukauden tai kahden viiveellä seurantajaksojen päättymisestä.



Kuva 6.1. 28 vrk kuolleisuus aivoinfarktiin esitettynä prosentuaalisena lukuna sairaalassa hoidetuista potilaista erässä Utilis Sanitas -hankkeen osallistujapiireissä aivoinfarktin sairaalahoidon aloituskvartaalin mukaan.



Kuva 6.2. Vakiolimittaisen 90 vuorokauden kuolleisuus eräissä Utilis Sanitas hankkeen osallistujapiireissä aivoinfarktin sairaalahoidon aloituskvartaalin mukaan.



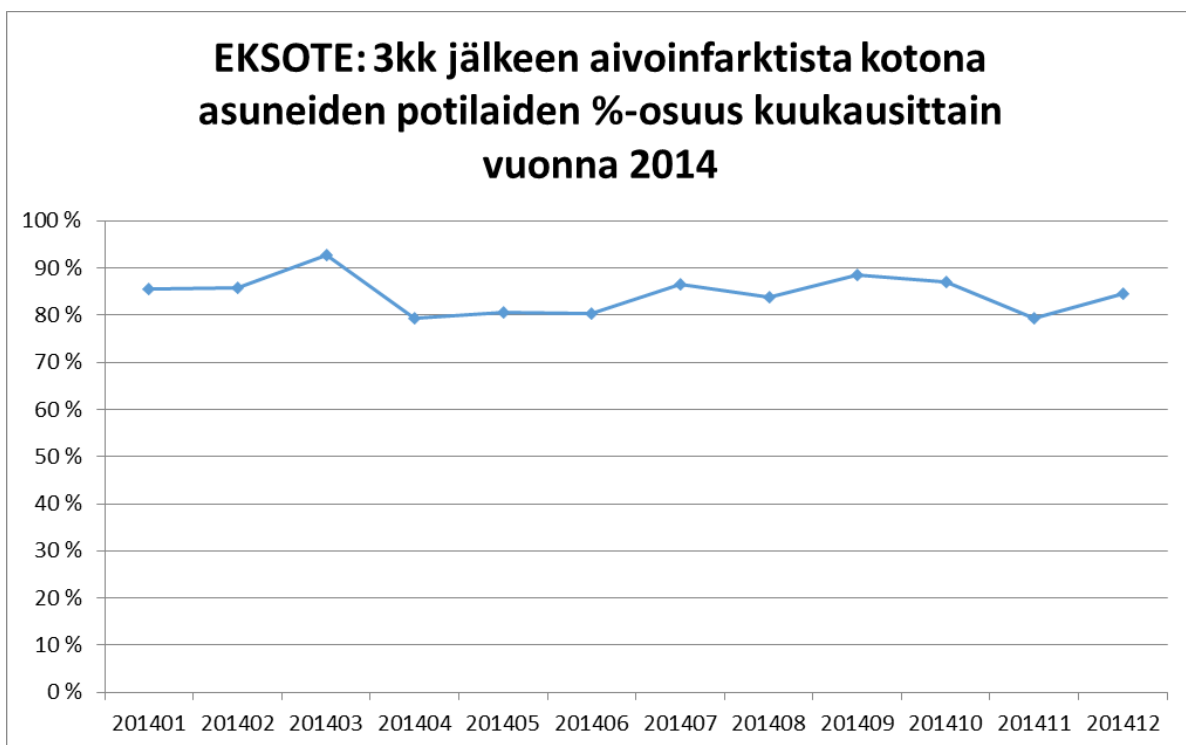
Kuva 6.3. Vakiolimittaisen 365vrk kuolleisuus eräissä Utilis Sanitas -hankkeen jäsenpiireissä aivoinfarktin sairaalahoidon aloituskvartaalin mukaan.

Sairaanhoitopiirikohtaiset ja kvartaaleittaiset tarkastelut antoivat yllättävän samansuuntaisia tuloksia kuolleisuuden osalta kolmelle tarkastellulle sairaanhoitopiirille. Vakiolimittomia tuloksia tarkasteltaessa, ja suuren hajonnan vuoksi, ei sairaanhoitopiirien vertailu toisiinsa näihin lukuihin perustuen ole suoraan mielekäästä.

Lisäksi merkittävä kvartaalikohtainen hajonta vaikeuttaa tulkintaa. HUS:n osalta hajonta on noin $\pm 2\%$ yksikköä. Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen osalta hajonta on ymmärrettävästi pienempien havaintomäärien vuoksi suurempaa. Kuitenkin myöhemmässä tarkastuslaskennassa ja tämän

jälkeisessä ohjausryhmän käsittelyssä todettiin mm. yhden vuoden, eli neljän kvartaalin liukuvan keskiarvon olevan käyttökelpoinen kvartaalitason ajallisten trendien esiintuomisessa. Esimerkiksi Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin osalta oli luvuista todettavissa laskeva kuolleisuuslukujen trendi usean vuoden ajalta. Kanta-Hämeen osalta tuli tulosten käsittelyn yhteydessä tiedoksi, että aivoinfarktin hoitoprosessiin oltiin mittausajankohdan alkuvaiheilla 2012-2013 keskitetty erityistä huomiota.

Alla kuvassa 6.4. on esitetty Eksoten osalta priorisoidun mittarin, eli aivoinfarktin sairastamisen jälkeisen 3kk kuluttua kotona asuvien potilaiden prosentuaalinen osuus hoidon aloituskuukauden mukaan. Tavoitteena oli osoittaa mittarin toteutuskyky sekä raportointimahdollisuudet jopa kuukausitasolla. Myös tuoreempaa tietoa kuin vuodelta 2014 oli myöhempänä ajankohtana saatavilla.



Kuva 6.4. Eksoten aivoinfarktipotilaiden vuonna 2014 kotiutuminen 3kk aivoinfarktin sairastamisen jälkeen, esitettynä kuukausitasolla, sairastetun aivoinfarktin hoitojakson alkamispäivämäärän mukaan kohdennettuna.

Aivoinfarktin jälkeen 3 kuukauden kuluessa kotiutuvien ja elossa olevien potilaiden määrä non Eksotessa vuonna 2014 vaihdellut pääsääntöisesti 80 % ja 90 % välillä. Eksoten yhdistetty sote-tietopohja näyttäisi mahdollistavan erinomaisesti usean erilaisen kuukausitasonkin toiminnanohjaukseen soveltuvan terveyshyödyn mittarin toteuttamisen vähäisellä työmäärällä. Mittarin toteutus lienee myös automatisoitavissa kuukausittaisjohtamisen tarpeisiin.

6.5. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tärkeimpänä johtopäätöksenä esitutkimuksen tästä osiosta voitaneen pitää sitä, että useiden terveyshyödyn mittareiden toteutus onnistuisi usealta palveluntuottajataholta jo nykytilanteessa tsenäisesti, olemassa oleviin tietojärjestelmäratkaisuihin perustuen. Palveluntuottajien omien tietopohjien laajempi käyttö mahdollistaisi ainakin aivoinfarktin osalta nykyistä selkeästi tehokkaamman laadunhallinnan jopa kuukausiraportoinnin tasolla. Nykytilanteeseen nähden myös mahdollisuutena on laajentaa terveyshyödyn järjestelmällistä seuranta ja laadunhallintaa yksittäisten palvelujärjestelmän osien sijasta kokonaiseen hoitoketjuihin.

Raportin kirjoitusajankohtana THL on ansiokkaasti nopeuttanut PERFECT-hankkeen raportointisykliä merkittävästi, ja käytettävissä on aivoinfarktin kuolleisuus- ja muita tietoja jo vuodelta 2016. Raportin kirjoittajat kannustavat näiden avoimesti saatavilla olevien (kts. lähde THL 2017) tietojen laajaan hyötykäyttöön rahoittajien, palvelutuottajien ja asiantuntijoiden joukossa.

Tässä esitutkimuksen osuudessa priorisoitu mittari kattaa laajuudeltaan kuntoutuksen ja asumispalvelut erikoissairaanhoidon toiminnan lisäksi. Eksoten tietopohjan avulla mittarin toteutus osoittautui mahdolliseksi. THL:n kansalliset tietovarannot ovat kotona asumisen priorisoidun mittarin toteuttamiseksi tärkeitä nykytilanteessa, jossa alueelliset tietovarastot eivät pääosin kata koko sote-toiminnan kenttää.

Teknisiä rajoitteita aivoinfarktin kuolleisuus- ja kotiutumismittareiden raportointiin nykyisistä lähteistä ei havaittu. Myös vakioitujen lukujen raportointi ikä- ja sukupuoliluokkien mukaan on mahdollista. Kvartaalitason raportoinnissa hajonta kasvaa suureksi, mutta raportointi yhtä vuotta tiheämmällä aikavälillä sisältää myös mahdollisuuksia trendimuutosten nopean havainnoinnin ja niihin reagoinnin osalta. Vallitsevat trendit tulevat esille kvartaalitasoisessa tarkastelussa herkemmin kuin useamman vuoden tietoja yhdistettäessä, tarkastelupisteiden määrän ollessa vuositasoa tai useamman vuoden tietojen yhdistelyä suurempi.

On kuitenkin mahdollista, että tarkempien tulosten aikaansaamiseksi olisi ylläpidettävä noin puolen vuoden viivettä tulosmittareiden raportoinnissa väestörekisterin kirjausten mahdollisten viiveiden vuoksi. Tämän virhelähteen suuruutta tulisi tarkastella mahdollisissa jatkoselvityksissä.

Eriyisen huomattavaa tämän esitutkimuksen osion kannalta oli Eksoten onnistuminen ainoana hankkeen osallistujana tuottamaan itsenäisesti tiedot kotona asuvista aivoinfarktin sairastaneista potilaista kolmen kuukauden kuluttua sairaalahoidosta. Tämän mahdollisti Eksoten muodostama koko sosiaali- ja terveydenhuollon kentän kattava tietopohja.

Tulos puoltaa alueellisten sote-tietopohjien muodostamisen tärkeyttä terveyshyödyn mittareiden kustannustehokkaan toteutuksen pääasiallisena edellytyksenä. Johtamisen ja mittareiden muodostamisen tarpeisiin soveltuvia IT-ratkaisuja, jotka integroivat alueellisesti usein hajanaista sote-tietoa mittarituotannon ja raportoinnin tarpeisiin, on nykytilanteessa saatavilla yksityiseltä sektorilta mm. koostetietokantoina tai laadun mittaamiseen erikoistuneina rekistereinä. Maakunnan tasolla tällainen raportointiin soveltuva tietopohja lienee tyypillisesti muodostettavissa vuoden tai kahden kuluessa työn aloittamisesta, ja investointikustannusten haarukka lienee muutamissa sadoissa tuhansissa euroissa.

Vaihtoehtona integroiduille johtamisen tarpeisiin muodostettaville erillistietokannoille on mm. Maakunnallisten sote-tietoaltaiden rakentaminen tai kansallisten tietolähteiden käyttö. Tietoaltaiden toteutusaikataulu lienee useimmilla alueilla Suomessa edelleen useiden vuosien, todennäköisesti yli viiden vuoden päässä. Kansallisista tietokannoista, kuten Kannasta, ei liene saatavilla systemaattisesti poimittavissa ja käsiteltävissä olevaa tietoa.

Jos terveyshyödyn mittareiden nykyistä laajemmassa ja systemaattisemmassa käytössä halutaan edetä sote-rakennemuutoksen aikataulua mukaillen tai jopa ennakoiden, jää vaihtoehdoiksi näin ollen joko alueelliset tieto integroivat ja koostavat johtamisen IT-ratkaisut, tai THL:n rekistereiden nykyistä laajempi ja joustavampi käyttö yksityisten ja julkisten palveluntuottajien tarpeisiin.

7. *Terveyshyöty- ja kustannustietojen yhteistarkastelu: Case aivoinfarkti*

Mika Keinänen, aluepäällikkö
FCG Datawell Oy

Petra Kokko, toimialajohtaja
FCG Konsultointi Oy

7.1. TAUSTA JA TAVOITE

Utilis Sanitas –hankkeen esitutkimuksen täydentäväksi tavoitteeksi määriteltiin, terveyshyötyä koskevien tietojen järjestelmällisen seurannan käynnistämisen lisäksi, tarkastella tuotettua terveyshyötyä suhteessa palveluiden kustannuksiin. Hankkeen loppuvaiheessa toteutettiin ohjausryhmän päätöksellä kevyt kokeilu, jonka tarkoituksena oli osoittaa terveyshyöty- ja kustannustietojen yhteistarkastelun mahdollisuus jo nykyisin julkisin tiedoin.

Hankkeessa tarkastelluista hoitokokonaisuuksista tarkastelun kohteeksi valittiin aivoinfarkti, koska sen hoitoa koskien oli saatavilla julkisia kustannustietoja THL:n Benchmarking-hankkeesta. Sekä diabeteksen että masennuksen hoidon osalta kustannusmäärittely olisi ollut hankalampaa niiden perusterveydenhuollon kustannusosuuksien vuoksi. Tämän luvun tavoitteena oli siten osoittaa esimerkinomaisesti aivoinfarktin kuolleisuus- ja kustannustietojen yhteistarkastelun olevan mahdollista jo nykyisten tietovarantojen pohjalta.

7.2. AINEISTOT

Pohja-aineistoina käytettiin terveyshyöty-, eli kuolleisuustietojen osalta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin Ecomed KPP tietokantoja. Tietokantoihin oli osana aiempia kehityshankkeita tuotu tietosisältönä potilaiden kuolinpäivät, jos potilas oli menehtynyt aineiston ajopäivämäärään mennessä. Kustannusten pohja-aineistoina käytettiin THL:n Benchmarking-hankkeen tuottajaperusteisia DRG-ryhmiteltyjä hoitajakasotietokantoja (Katso lähde THL 2017b, sisältäen tuoreimmat tiedot).

Tarkasteluvuosi molemmissa pohja-aineistoissa oli vuosi 2014. Utilis Sanitas –hankkeen kuolleisuustiedot ajettiin loppuvuonna 2015, jolloin 28 päivän kuolleisuus oli tarkasteltavissa kolmen ensimmäisen kvartaalin osalta, eli syyskuun 2015 loppuun asti. Näin ollen uusin mahdollinen kokonainen tarkasteltavissa oleva vuosi oli tässä tapauksessa vuosi 2014.

7.3. MENETELMÄT

Kuolleisuuslukujen osalta lasketut luvut kuvaavat yksinkertaista prosentuaalista osuutta kyseisessä sairaalassa ensimmäisen aivoinfarktin vuoksi hoidetuista potilaista, jotka menehtyivät ilmoitetun aikajänteen sisällä. Mittarimäärittely, poissulkuehdot, diagnoosimääritykset, ym. mittarin taustatiedot on esitetty tarkemmin liitteessä 1. Kuolleisuuslukujen osalta Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen tulosluvut ovat tuottaja-, eli sairaalakohtaisia lukuja. HUS:n alueiden osalta tulosluvut ovat poikkeuksellisesti väestöperusteisesti laskettuja. Toisin sanoen esimerkiksi Lohjan sairaalassa hoidetun, mutta HYKS:ssä jatkohoitoa saaneen lohjalaisen potilaan hoito näkyy vain Lohjan sairaalan tulosluvussa.

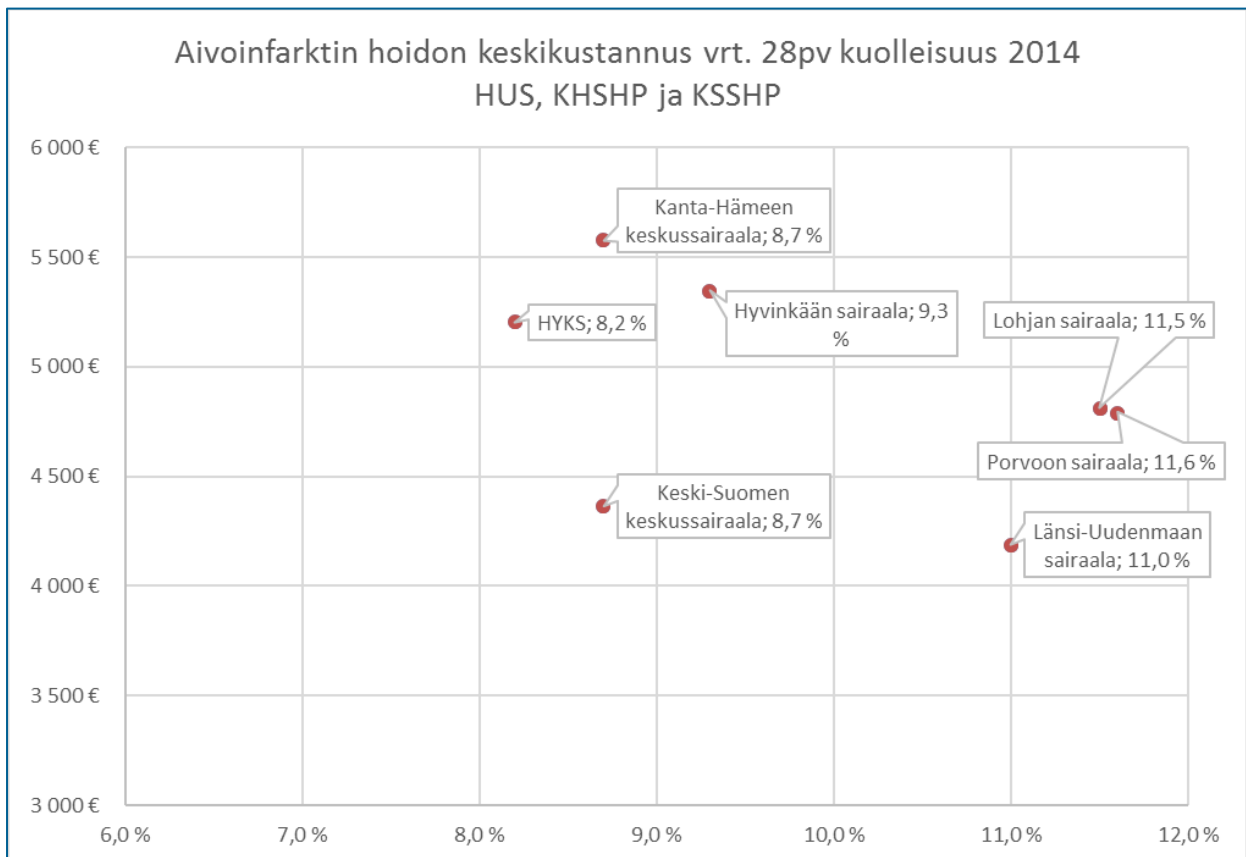
Kustannuslukujen osalta laskettiin kullekin tarkastellulle sairaanhoitopiirille hoidettujen aivoinfarktien laskennallisten kustannusten keskiarvo. Mukaan laskentaan otettiin kustakin kolmesta

tarkastellusta sairaanhoitopiiristä kaikilta erikoisaloilta kaikki hoidetut DRG-ryhmät 14A (komplisoitunut aivoinfarkti) ja 14B (komplisoitumaton aivoinfarkti). DRG-ryhmien laskennalliset kustannukset on muodostettu Benchmarking-hankkeessa erikoisalojen yksikköhintojen perusteella. Tähän tarkasteluun on aivoinfarktin hoidon kustannukset keskiarvoistettu kaikilta erikoisaloilta.

7.4. TULOKSET

Terveyshyöty- ja kustannusnäkökulmien suhteutetut tulokset kolmesta sairaanhoitopiiristä vuodelta 2014 on esitetty alla taulukossa 7.2. ja kuvassa 7.1. Kuolleisuusprosentti 28 päivän aikajänteeltä vaihteli tarkastelluissa yksiköissä HYKS:n 8,2 %:sta Porvoon sairaalan 11,6 %:iin.

HUS:n osalta on erityisesti huomioitava, että HUS-alueen sisäinen sovittu työnjako vaikuttaa näihin tuloksiin. Lohjan, Porvoon ja Länsi-Uudenmaan osalta lähetetään HYKS:n erikoistuneeseen Stroke-yksikköön suoraan potilaita, joiden oletetaan erityisesti hyötyvän sen hoidosta, ja joilla aivohalvauksen vakavuusaste ei ole äärimmillään. Näin ollen tilanteeltaan vakavampien aivohalvaustapausten hoito jää korostuneesti mainituille muille sairaaloille. Tämä työnjako johtaa näiden sairaaloiden osalta korkeampaan kuolleisuuslukuun, ja HYKS:n osalta vastaavasti hieman madaltuneeseen lukuun ennusteeltaan parempien tapausten määrän kasvaessa.



Kuva 7.1. Scattergram-graafi aivoinfarktin hoidon kustannusten ja 28 päivän kuolleisuuden suhteista kolmen eri sairaanhoitopiirin sairaaloissa vuonna 2014.

Tuloksia tarkasteltaessa havaitaan vuonna 2014 sairaalakohtaisen aivoinfarktin hoidon kustannuksen sekä terveyshyödyn kuolleisuudella mitattuna olleen mahdollisesti heikossa yhteydessä toisiinsa. Matalampi kuolleisuus näyttää olleen pääsääntöisesti yhteydessä korkeampaan hoidon hintatasoon. Tilastollinen analyysi lienee kuitenkin mielekkyydeltään poissuljettua esitettyjen lukujen ollessa vakioimattomia. Erot sairaaloiden välillä voivat siis johtua suurilta osin hoidettujen potilasjoukkojen eroavaisuuksista. Myös kustannustasot heilahtelevat vuosittain jopa useita kymmeniä prosentteja riippuen pääsääntöisesti siitä, mikä on ollut sairaalan kapasiteetin käyttöaste, eli mikä on ollut hoidettujen potilaiden määrä suhteessa kiinteisiin kustannuksiin.

Taulukko 7.2. Aivoinfarktin sairaalahoidon jälkeinen kuolleisuus 28 päivän ajanjaksolla ja sairaalakohtainen tapausmäärä.

Sairaala/alue	Kuolleisuus % 28 pv aikana	Aivoinfarktin hoidon keskikustannus euroa	Tapauksia
Keski-Suomen keskussairaala	8,7	4365	772
Kanta-Hämeen keskussairaala	8,7	5575	454
Porvoon sairaala	11,6	4790	182
Lohjan sairaala	11,5	4808	182
Länsi-Uudenmaan sairaala	11,0	4188	79
Hyvinkään sairaala	9,3	5346	312
HYKS	8,2	5203	1975

Toinen havainto koskee kuolleisuuskäyrien ja tapausmäärien suhdetta. Suurimman kuolleisuuden omanneissa sairaaloissa on ollut vähiten vuosittaisia tapauksia. Kuitenkin vuosivaihtelut ovat suuria sekä tapausten määrässä että erityisesti kuolintapausten määrässä, jotka molemmat voivat vaihdella vuodesta toiseen useita kymmeniä prosentteja, johtaen usein useamman prosenttiyksikön vaihteluihin tämän kuolleisuusprosenttia kuvaavan mittarin tuloksissa. Tuloksia voidaan tarvittaessa esittää tämän vaihtelun vähentämiseksi esimerkiksi useamman vuoden keskiarvona.

7.5. JOHTOPÄÄTÖKSET

Hoidon kustannukset ja terveyshyödyn suhteuttava ajanmukainen seuranta olisi mahdollista jo nykytilanteessa. Tarkastellut luvut eivät ole vakioituja, mutta ikä- ja sukupuolivakiointi olisi mahdollinen ja melko vähäisellä panostuksella lisättävissä tarkastelun näkökulmaksi. Tiedot ovat myös julkisesti saatavilla THL:n internet-sivuilta ja kenen tahansa tarkasteltavissa.

THL:n kansalliset hankkeet ja FCG:n luokituskeskuksen NordDRG-työ sekä eräät muut yksityisen sektorin aloitteet tuottavat jatkuvaluonteisesti terveyshyöty- ja kustannustietoja, joita voidaan käyttää vähintäänkin karkeaan kustannusten ja tuotetun terveyshyödyn suhteen arviointiin eri sairaanhoitopiireissä. Kustannuserojen syitä voidaan edelleen selvittää välisuoritekustannusten ja määrien vertailulla, esimerkiksi tarkastelemalla aivoinfarktin primäärihoitajaksojen hoitopäivämääriä. Myös terveyshyödyn erojen syitä voidaan selvittää vakioimalla luvut mahdollisuuksien mukaan ja vertailemalla prosessimittareita, kuten liuotushoidon toteutumista eri yksiköissä.

Tarkempia eri sairaanhoitopiirien tulosten vertailua koskevia johtopäätöksiä varten olisi suoritettava ainakin ikä- ja sukupuolirakenteen vertailu, sekä pureutuminen hoitajaksojen kustannusrakenteeseen välisuoritekustannusten kautta.

Terveyshyötymittareiden määrää lisättäessä ja laskentamenetelmiä kehitettäessä, mm. vakiointien ja ennusteiden osalta, tulee jo lähivuosina mahdollistumaan terveyshyödyn ja kustannusten yhä laajempi sekä syvällisempi seuranta yhä useamman hoitokokonaisuuden osalta. Toisaalta tämän luvun esimerkki osoittaa, että nykytilanteessa saatavilla olevista aineistoistakin voitaisiin jo nyt hyödyntää nykyistä suurempaa osuutta melko vähäisin panostuksin.

Yllä esitetty tarkastelu voitaisiin laajentaa vaivatta ainakin THL:n PERFECT-hankkeen muihin ajanmukaisesti raportoitaviin hoitokokonaisuuksiin, eli koskemaan lonkkamurtumien ja sepelvaltimotautikohtausten kustannusten ja hoidon terveyshyödyn suhdetta. Toisaalta kustannusten ja terveyshyödyn suhteen vertailu lienee mielekkäintä elektiiivisten hoitojen osalta, jolloin kyseistä tietoa voitaisiin käyttää kansallisen sote-palvelujärjestelmän suunnittelussa ja potilaan valinnan vapautta tukevana tietopohjana. Valitettavasti nykytilanteessa Suomessa ei ole saatavilla lainkaan kansallisen tason kattavaa, julkista ja palveluntuottajakohtaisesti laskettua tietoa elektiiivisten toimenpiteiden tuottamista terveyshyödyistä.

8. *Utilis Sanitas -esitutkimuksen tulokset*

8.1. UTILIS SANITAS -ESITUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Utilis Sanitas -hankkeen oli alun perin tarkoitus olla kaksivaiheinen. Ensivaiheen, eli tämän raportin kuvaaman esitutkimuksen ja sen kokemusten perusteella, oli tarkoitus jatkaa kansallisen terveyshyötyjen seurannan järjestelmällistämiseen. Esitutkimuksen oli siten tarkoitus valmistella suurempaa hankekokonaisuutta, jonka lopullisena tavoitteena oli käynnistää terveyshyötyjen seuranta Suomessa. Esitutkimuksen tavoitteet on esitetty alla ja aiemmin luvussa 1.7.

1. Sovitaan määritelmistä koskien hankkeen keskeisiä käsitteitä.
2. Sovitaan terveyshyötyä ja kustannuksia koskevan seurannan käyttötarkoituksesta ja tavoista.
3. Päätetään esitutkimuksessa tarkasteltavat hoitokokonaisuudet.
4. Etsitään, arvioidaan ja päätetään hankkeessa toteutettavat terveyshyötyä ja kustannuksia koskevat mittarit.
5. Muodostetaan valittujen mittareiden tiedonkeruun, käsittelyn ja tulosten raportoinnin prosessi.
6. Päätetään aineistojen hallinnoinnista, laskennasta ja tiedonkeruusta vastaavat organisaatiot.
7. Tuotetaan kertaalleen kohdassa 4 kuvatut mittarit valittuja hoitokokonaisuuksia ja niitä kuvaavia näkökulmia koskien.
8. Testataan tiedon hyödynnettävyys käytännössä.
9. Asetetaan tavoitteet jatkohankkeelle sekä askeleet terveyshyödyn seurannan vakinaistamiseksi.

Tässä raportin luvussa on kuvattu näiden erillistavoitteiden toteutuminen hankkeessa – tulokset ovat sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia. Varsinainen päätavoite, terveyshyödyn seurannan kansallistaminen, on mahdollista vain laajan kansallisen koordinaation ja valtiollisten toimijoiden antaman mandaatin alaisuudessa. Yhdeksäs tavoite, jatkohankkeen toteutuminen ja terveyshyödyn seurannan vakinaistamisen suunnittelu, jää toteutumatta, koska mandaattia terveyshyödyn seurantajärjestelmän käynnistämiseksi ei ole hankeorganisaatiolla eikä muillakaan toimijoilla. Esitutkimuksen perusteella havaittuja seurantajärjestelmän käynnistämiseen tarvittavia toimenpiteitä, eli tämän esitutkimuksen kvalitatiivisia tuloksia, on kuvattu tarkemmin johtopäätöksissä, luvussa 9.

8.2. HANKKEEN TULOKSET TAVOITTEITTAIN

8.2.1. Sovitaan määritelmistä koskien hankkeen keskeisiä käsitteitä

Hankkeen keskeiset käsitteet ja määritelmät, koskien terveyshyötyä sekä siihen liittyviä käsitteitä, saatiin määriteltyä riittävän selvästi kansallista hoidon tuottaman terveyshyödyn seurannan järjestämistä varten. Tässä työssä tukeuduttiin vahvasti jo Suomessa Duodecimin organisoimiin Käypä hoito -suosituksiin, joissa on pyritty standarsoimaan mm. eri potilasryhmien parhaimpiin

hoitotuloksiin johtavia prosesseja. Käsitteistössä päätettiin priorisoida terveyshyödyn käsitettä muiden läheisten käsitteiden, kuten vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden sijaan.

8.2.2. Terveysyöty- ja kustannuseurannan käyttötarkoitusten päättäminen

Hankkeen aikana käytyjen keskustelujen perusteella sovittiin, että terveyshyödyn seuranta palvelisi kolmea näkökulmaa: potilas- tai asukasnäkökulmaa (esimerkiksi valinnanvapauden informaatiopohjana), tuottajanäkökulmaa (esimerkiksi terveyshyötyä tuottavien prosessien vahvistamisessa ja tuotetun terveyshyödyn todistamisessa rahoittajalle) sekä rahoittaja- tai järjestäjänäkökulmaa (esimerkiksi palvelutuottajien kustannus-laatu suhteen seurannassa). Sote-uudistuksen edetessä rahoittajalla tarkoitettaneen maakunnallista ja kansallista rahoittajaa, jotka vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta tulevaisuudessa, sekä Kansaneläkelaitosta.

8.2.3. Esitutkimuksessa tarkasteltujen hoitokokonaisuuksien määrittely

Esitutkimuksessa äänestettiin ohjausryhmän työnä ja määriteltiin tämän äänestyksen tuloksena tärkeimmät tarkasteltavat hoitokokonaisuudet. Hankkeessa testattiin osallistuvien tahojen keskinäistä äänestysmenettelyä mittaroitavien hoitokokonaisuuksien valintaan. Mitattavien hoitokokonaisuuksien priorisoinnissa ymmärrettävästi painoittuvat ne potilasryhmät, jotka olivat tärkeitä hankkeeseen osallistuville tahoille. Tästä riippumatta äänestysmenettelyn tuloksesta päätettiin myöhemmin ohjausryhmässä poiketa tekonivelleikkausten osalta muiden jo olemassa olevien kansallisten aloitteiden vuoksi. Äänestysmenettely osoittautui kuitenkin kaiken kaikkiaan erittäin toimivaksi, ja se voidaan tarvittaessa toistaa hoitokokonaisuuksia koskevan mittaroinnin priorisoimiseksi sekä kansantaloudellisista että kansanterveydellisistä näkökulmista. Ohjausryhmän konsensuksen saavuttaminen kaikki osallistujatahot kattavalla ja osallistavalla äänestysmenettelyllä oli hankkeen etenemisen kannalta tärkeä tulos.

8.2.4. Hankkeessa tuotettujen mittareiden määrittely

Esitutkimuksessa osoitettiin, että Duodecimin hallinnoiman Käypä hoito -ohjelman indikaattorityöryhmä on pätevä, toimintakykyinen ja rutinoitunut etsimään, karsimaan ja arvioimaan eri hoitokokonaisuuksiin liittyviä terveyshyödyn mittareita. Vastaavasti kuin Ruotsissa tukeuduttiin Öppna Jämförelse -järjestelmän ja sen mittareiden laatimisessa erillisiin erikoisalohtaisiin lääkäriyhdistyksiin, onnistui tämä Suomessa Utilis Sanitas -hankkeen osana erittäin hyvin tieteellisen lääkäriselä Duodecim:in toimesta. Duodecim:in työryhmien valintojen jälkeen yksittäisen hoitokokonaisuuden osalta järjestelmällinen kansallisesti ja kansainvälisesti esitettyjen terveyshyödyn mittareiden koostaminen, läpikäynti ja esitysten laadinta seurattavista mittareista kesti kokonaisuudessaan tyypillisesti noin puolitoista kuukautta.

Utilis Sanitas -hankkeeseen tavoiteltavat terveyshyödyn mittarit valittiin Käypä hoito -suositusten indikaattorityöryhmän esittämien mittareiden joukosta painottaen hoidon tulosta (outcome) koskevia mittareita. Indikaattorityöryhmän esittämien mittareiden joukosta valittiin hankkeen projektiryhmän esityksen perusteella ohjausryhmässä priorisoitavat mittarit, huomioiden myös projektiresurssin rajoitteet ja tietojen oletettava saatavuus.

Mittareiden valinnan ja karsinnan sekä priorisoinnin järjestelmällinen prosessi osoittautui toimivaksi. Suunnitelmallisen ja kirjatun prosessin perusteella saatiin valittua yhteisesti päätetyt ja yhteisesti tavoiteltavat mittarit, joita ei asetettu kiistanalaiseksi myöhemmässä osassa mittareiden tuotantoprosessia.

8.2.5. Mittaritietojen tuottamisen prosessin muodostaminen

Mittareiden tietosisällön, laskentatavan, rajausten ym. valinnassa käytettiin sekä Duodecimin indikaattorityöryhmän suosituksia että Ruotsin avointen vertailujen esimerkkejä vastaavien mittareiden laskentatavasta. Esitutkimuksessa terveyshyödyn seuranta osoittautui priorisoitujen mittareiden osalta mahdolliseksi ja osassa osallistujatahoja järjestelmällisesti toteutetuksi, vähintään yhden osallistujatahon osalta jokaisessa tarkastellussa hoitokokonaisuudessa.

Hyviä alueellisia esimerkkejä oli saatavilla diabetespotilaiden hoidolla tuotetun terveyshyödyn seurannan osalta sekä julkisilta että yksityisiltä terveystalujen tuottajilta; ainakin Vaasan sairaanhoitopiirissä, Pohjois-Karjalassa, Eksotessa sekä Terveystalossa, masennuspotilaiden hoidolla

tuotetun terveyshyödyn seurannan osalta Eksotessa ja Terveystalossa sekä aivoinfarktin hoidolla tuotetun terveyshyödyn osalta Keski-Suomen, Kanta-Hämeen sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä. Aivoinfarktin hoidon osalta THL tuottaa nykytilanteessa vuosittain myös erittäin käyttökelpoista sekä ajantasaista tietoa terveyshyödyistä. Terveyshyödyn seurannan mahdollisuus jokaisen priorisoidun mittarin osalta tuli siten toteen osoitetuksi.

Näitä esimerkkejä käyttäen voitiin vetää johtopäätöksiä suuresta osasta edellytyksiä, joita yleisesti tarvitaan terveyshyödyn seurannan käynnistämiseksi, ja jotka olivat eräillä alueilla ratkaistu vaihtelevin tavoin. Nämä edellytykset on listattu raportin luvussa 9. Lisäksi muodostettiin geneeriset esimerkkikuvaukset priorisoitujen mittaritietojen vaatiman tietopohjan yhdistämiseksi (Liite 2).

Seuraten kyseisten esimerkkien toteutustapoja, voidaan vähintään priorisoitujen mittareiden osalta terveyshyödyn seuranta kansallistaa. Kansallistamisen, eli jokaisen Suomen maakunnan osalta vastaavien mittareiden toteutuksen vaatimat panostukset vaihtelevat alueittain. Tarvittavien panostusten määrä riippuu siitä, kuinka pitkälle maakunnan alueella on edetty luvussa 9 kuvattujen yleisten edellytysten sekä liitteessä 2 kuvattujen tietojen yhdistämisprosessien vaatimien edellytysten toteutuksessa.

Terveyshyötymittareiden toteutuksen osalta eri lähteistä saatavien tietojen asiakastason yhdistäminen on useimmiten keskeisessä roolissa. Yhdistämisprosessin toimivuuteen vaikuttavat alueen toimijoiden kannalta pääosin tietojärjestelmien integraation taso, eli yhdistetyn tietopohjan olemassaolo tai puute. Kansallisesti merkittäviä ovat mm. tietosuojalakien aiheuttavat rajoitteet rutiininomaisesti muodostuvien rekisteritietojen toissijaiselle käytölle terveyshyötymittareiden laadinnassa. Valtiovallan tulisi terveyshyödyn mittareiden toteutuksen helpottamiseksi keventää mahdollisuuksien mukaan tietojen asiakaskohtaiseen yhdistämiseen vaadittavaa lupaprosessia.

Terveyshyödyn seurantaan tarvittava aineisto todettiin useiden mittareiden kannalta olevan valmiina erikoissairaanhoidon osalta. Toisaalta perusterveydenhuollon ja eräiden muiden palvelujen, kuten kuntoutuksen, osalta pohja-aineistot todettiin hajautuneiksi eri toimijoiden hallinnoinnin alaisuuteen. Näin ollen eniten tietotuotannon ongelmia sekä aikataulun viivästyksiä aiheuttivat tarve sitouttaa monia eri tahoja tietoluovutuksiin. Uusien tahojen sitouttaminen hankkeen mittarituotantoon jokaisella maantieteellisellä alueella erikseen ja kattavasti osoittautui hankkeen resurssien puitteessa mahdottomaksi. Erityisesti jokaisen erillisen tietoa luovuttavan tahon kontaktointi, toimintakäytäntöjen ja motivaation vaihtelevuus, lupahakemusprosessit (sekä kansalliset että organisaatioiden omat), vaatimukset korvauksista tietojen poimintaa koskien sekä viiveet tietopoiminnoissa (jopa kuukausia) muodostivat konkreettisia esteitä.

Mittareiden ja niiden avulla kuvattavan hoidolla tuotetun terveyshyödyn raportoimiseksi ja konkretisoimiseksi tarvittiin myös monialaista asiantuntemusta, koskien mm. yksilöiden terveydentilan muutosten kuvaamista yksilötasoisien mittaustulosten muutoksina ajassa. Tässä hankkeessa tämän asiantuntemuksen tuotti FCG:n oma epidemiologinen osaajaverkosto sekä kliinisen epidemiologian projektituki Itä-Suomen yliopiston kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitokselta. Myös monet asiantuntijat hankkeeseen osallistuneiden tahojen joukosta, mm. Kuntaliitosta ja Duodecimista sekä tietoja luovuttaneista palveluntuottajatahoista, osoittautui tärkeäksi.

Ylipäätään verkostomainen avoin toimintatapa, eri verkostojen hyödyntäminen läpi hankkeen toteutuksen sekä yhteisten sääntöjen etukäteen sopiminen konsensuksella ohjausryhmässä osoittautuivat hankkeessa suureksi vahvuudeksi terveyshyötytietojen muodostamisessa.

Kaikkein ongelmallisimmaksi osoittautui olemassa olevien aineistojen yhdistäminen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen tietopohjien sekä kansallisten tietovarantojen välillä, koska hankkeeseen sitoutuneet tahot edustivat pääosin erikoissairaanhoidoa.

8.2.6. Mittaritietojen tuottamisprosessin vastuutus organisaatioille

Esitutkimuksen aikana FCG:n ja projektiryhmän edustajat kävivät laajasti keskusteluita terveyshyötytietojen toteuttamisesta sekä selvittivät erilaisia mahdollisuuksia eri tahojen, kansallisten (mm. THL, Kela), alueellisten (sairaanhoitopiirit, kunnat), hankkeen yhteistyötahojen (Terveystalo, Duodecim, Lääkäriliitto) sekä eräiden yksityisten terveyshyödyn vertailutietoja tuottavien tahojen kanssa.

Varsinaista yhtä parasta tapaa toteuttaa terveyshyödyn mittareiden tuotantoa ei löytynyt, vaan lähes jokaisella hankkeessa toteutettavaksi valitulla 10 mittarilla oli toisistaan poikkeava tietopohja, ja siten toisistaan poikkeavat tavat tietojen tuotantoon. Tämä johti myös siihen, että eri mittareita koskien muodostui monia vaihtoehtoja tuottaa mittaritiedot. Eri vaihtoehtoilta oli myös selkeitä vahvuuksia ja heikkouksia.

Esimerkiksi kansallisten tietovarantojen (avoHILMO, HILMO, SosiaaliHILMO) kautta toimiminen todettiin osallistuvien tahojen kannalta useiden mittareiden kohdalla liian hitaaksi tavaksi toimia käytännön johtamisen tarpeisiin. Toisaalta eräiden mittareiden, kuten aivoinfarktin osalta kotona asuvien osuuden selvittäminen kolmen kuukauden kuluttua sairaalahoitajakson päättymisestä, toteutus on tällä hetkellä erittäin työlästä lähes kaikilla Suomen sairaanhoitoalueilla. Syynä tähän on yhtenäisen sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjan puuttuminen. Tällöin kansallisten tietovarantojen vahvuus on erityisesti koko maan kattavien sote-tietojen yhdistäminen. Sellaisissa tapauksissa ja niillä alueilla, joilla alueellista tietovarantoa ei ole olemassa, eli suurimmassa osassa maata, voitaisiin hyötyä merkittävästi THL:n alaisten rekistereiden laajemmasta hyötykäytöstä. Toisaalta alueellisiin tietovarantoihin panostaminen vapauttaisi maakunnat ja niiden organisaatiot toteuttamaan tärkeimmiksi katsomiaan terveyshyödyn mittareina parhaaksi katsomallaan aikataululla. Kuitenkin tässä tapauksessa mittareiden standardointi ja niiden vertailukelpoisuuden varmistaminen säilyy ongelmallisena – ratkaisuna tähän tilanteeseen olisi tietyn terveyshyödyn tietopohjan ja mittariston määrittely esimerkiksi STM:n ohjausyksikön johdolla.

Mitä lähempänä palveluntuottajaa tai potilasta terveyshyötytietoja kerätään ja käsitellään, sitä joustavampaa ja ajanmukaisempaa terveyshyötytietojen raportointi ja niiden avulla johtaminen voi olla. Pohjatietojen tuottaminen jatkuvaluonteisesti ja mahdollisimman reaaliaikaisesti palveluntuottajien ja palveluiden järjestäjien käyttöön, kyseisten toimijoiden omaan alueelliseen datapohjaan perustuen, olisi nopein tapa toimia. Tämä toimintamalli tukisi käytännön johtamistyötä sekä sitouttaisi organisaatioita myös tiedon käyttöön paremman läpinäkyvyyden ja tiedon omistajuuden kautta. Kuten mainittua, yhtenäiset periaatteet mittaritietojen käsittelyyn kuitenkin tarvittaisiin maan tasolla mittareiden vertailukelpoisuuden varmistamiseksi.

Hankkeessa sovellettujen työmenetelmien ja hankkeen toteutuneen työprosessin perusteella voitiin yleisesti todeta, että Suomessa on jo tietoa, tekniset edellytykset ja yhteistyökykyisiä asiantuntijoita järjestelmällistämään sote-palvelujärjestelmässä tuotetun terveyshyödyn seuranta vaiheittain. Tällä hetkellä kansallisen tason koordinaatio jo saavuttujen tulosten, olemassaolevien teknisten edellytysten ja yhteistyöhaluisten organisaatioiden panosten yhdistämisen välillä puuttuu. Näin ollen ensimmäisenä toimenpiteenä kansallisen järjestelmän toteuttamiseksi tulisi olla kansallisen vastuu- ja koordinaattoritahon valinta sekä tämän tahon vuotuisen työprosessin muodostaminen. Terveyshyödyn mittareiden määrä voisi olla alkuun hyvinkin rajallinen, ja määrää voitaisiin kasvattaa vuosittain kokemuksen lisääntyessä ja toiminnan vakiintuessa.

8.2.7. Terveyshyödyn ja kustannusten mittariesimerkkien toteutus

Esitutkimukseen valittujen hoitojen tuloksellisuuden mittaaminen ja seuranta priorisoiduilla mittareilla osoittautui mahdolliseksi – jo toimivia esimerkkejä oli olemassa joillakin Suomen alueilla, tai toimiva ja toistettava järjestelmä muodostettiin hankkeen aikana. Kunkin tarkastellun hoitokokonaisuuden osalta selvitys tehdystä työstä on esitetty luvuissa 4-6.

Eksote ainoana toimijana pystyi tuottamaan kaikki hankkeessa tuotettavaksi päätetyt priorisoitavat mittarit lyhyellä varoitusaajalla, ilman merkittävän ongelmallisia lupahakemusprosesseja tai muita yllä mainittuja sitouttamisen haasteita. Tämä koski myös potilastason terveydentilan muutosten osoittamista oirekyselyjen tulosten perusteella. Terveyshyödyn seurannan näkökulmasta Eksoten mallin mukainen alueellinen sote-toimija, jolla on henkilötunnuksen mukaan linkitetyt hyvinvointia koskevat tiedot yhdistettynä järjestelmissään, on optimaalinen. Myös Suomen Terveystalon järjestelmät mahdollistivat nopean tietotuotannon yrityksen omassa hallussa olevista tiedoista. Erityisesti diabeteksen hoidon osalta Terveystalon tietojärjestelmäratkaisu sekä sen käyttöösaaminen osoittautuivat tehokkaiksi: diagnostiikkaa koskevat tulostiedot, kuten HbA1c-laboratoriomittaukset, olivat poimittavissa samoista tietojärjestelmistä asiakkaiden käynti- ja diagnoositietojen kanssa.

Hanke tuotti itse, ohjausryhmässä sovitusti, vain rajallisen määrän terveyshyödyn vertailutietoa. Esitutkimuksen pääasiallisen tavoitteen mittarituoannon osalta katsottiin kuitenkin täyttyneen: terveyshyödyn kansallisen seurannan todistettiin esimerkkien kautta olevan mahdollista, ja hankkeen aikana kehitetyt menetelmät voidaan ottaa kattavasti käyttöön kansallisen terveyshyödyn seurantajärjestelmän ensimmäisiä mittareita toteutettaessa.

Valittuja kolmea hoitokokonaisuutta koskevat tuottajakohtaiset hoidon kustannuksia koskevat tiedot todettiin myös olevan mahdollista laatia palveuntuottajatahojen ja FCG:n yhteistyönä, perustuen kansallisiin luokitusmenetelmiin. FCG ja THL lienevät molemmat kykeneviä tuottamaan NordDRG-standardoidut (Diagnostic Related Grouping) kustannustiedot aivoinfarktihoidon yksikkökustannuksista tuottajakohtaisesti, sekä vastaavat diabetes- ja masennuspotilaiden episodikohtaiset kustannustiedot perustuen episodiryhmittelymenetelmiin (EPR, APR, pDRG). Kustannustietojen tuottajakohtaista kattavaa raportointia ei Utilis Sanitas -hankkeessa priorisoitu eikä siihen oltu varauduttu hankkeen budjetoinnissa. Kuitenkin, valinnanvapautta ja ylipäättään uudenlaista sote-järjestelmää edistettäessä voidaan lähteä siitä, että jo nyt on mahdollista määrittellä erilaisten sosiaali- ja terveydenhuollon hoitokokonaisuuksien ja palveluketjujen yksikkökustannukset luokitusmenetelmiin perustuen, jos tämä nähdään tarpeelliseksi.

8.2.8. Terveyshyötytietojen hyödynnettävyyden testaus

Esitutkimuksessa toteutetun selvityksen perusteella Suomessa eivät palvelujen rahoittajat, eli kunnat, ja niiden edustajat tuotanto-organisaatioiden poliittisissa johtotehtävissä pääasiallisesti käytä tai ole käyttäneet tuotettuja terveyshyötyjä koskevia seurantatietoja toiminta- ja taloussuunnitelmien perustana. Suomessa myös potilaat hyvin harvoin käyttävät terveyshyötyjä koskevia seurantatietoja hoitopaikkaansa koskevia valintoja tehdessään, vaan valinnat perustuvat satunnaisiin havaintoihin, suosituksiin tai etäisyyteen palveluista. Suomessa julkiset palvelutuottajat eivät juurikaan käytä terveyshyötyjä koskevia tietoja toiminnan johtamisessa tai sen toiminta- ja taloussuunnitelmia laadittaessa, eräitä harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta. Viime vuosina nimenomaan palveluntuottajat ovat toisaalta yrittäneet korostaa terveyshyötytietojen merkitystä ja myös toisinaan investoineet niiden toteutukseen, kuten yliopistosairaaloihin perustetut laaturekisterihankkeet osoittavat.

Toisaalta aiemmassa tilanteessa terveyshyötyä koskevia mittaritietoja ei ole ollut kattavasti tarjolla ja saatavilla. Oletettavasti, jos tietoja olisi kattavammin saatavilla, voisivat niiden sisällyttäminen osaksi johtamisjärjestelmää ja toiminnan suunnittelua muodostua yleisemmäksi nopealla aikataululla. Utilis Sanitas -hankkeen selvitysten perusteella on osoitettu, että terveyshyödyn mittareita voidaan määrittellä, ja mittaritietojen tuottamisesta on myös esimerkkejä. Tärkeää olisi, myös olemassa olevien terveyshyötytietojen hyödyntämisen edistämiseksi, voitaisiin käynnistää vuosittain tai muutoin määräajoin toistuva prosessi. Prosessi sisältäisi terveyshyötytietoja koskevien tavoitteiden asettamisen, mittaritietojen tuottamisen ja käsittelyn sekä tietojen julkistamisen. Tietojen julkistaminen ja hyödyntäminen tulisi olla osana ennalta määriteltyä kokonaisuutta. Maan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajatahot tulisi velvoittaa tiettyjen terveyshyötymittareiden julkistamiseen. Tärkeää on, että terveyshyötytietoja ja niistä tehtyjä havaintoja julkistetaan läpinäkyvästi, kontrastina nykyiseen tilanteeseen, jossa olemassa olevia tietoja ja niiden tulkintaa pidetään vain harvojen intressitahojen omaisuutena.

8.2.9. Jatkohankkeiden tavoitteiden asettaminen

Hankkeen päätavoitteeksi oli asetettu järjestelmällistä kansallisesti terveyshyödyn seuranta. Esitutkimuksessa oli tarkoitus selvittää terveyshyödyn kansallisen seurannan keskeiset organisointia koskevat seikat.

Hankkeen päättyessä on edelleen epäselvää, kuka on Suomessa ylipäättään kansallisella tasolla vastuussa terveyshyödyn seurannan käynnistämisestä ja rahoittamisesta. Seurantajärjestelmän toiminnan käynnistäminen edellyttää päätöksiä joko kansallisella tasolla, tai ellei kansallisella tasolla ole mahdollista perustaa terveyshyödyn seurantajärjestelmää, ehdotamme terveyshyödyn järjestelmällistä seuranta ylläpidettäväksi verkostomaisesti terveydenhuollon palvelutuottajien (sairaanhoitopiirit, kunnat, yksityiset toimijat, ym.) tai tulevaisuuden järjestäjien (maakunnat, sote-

alueet) toimesta. Sosiaali- ja terveysministeriöön perusteilla oleva kansallinen ohjausyksikkö lienee luonteva taho ottamaan vastuun ja johtajuuden terveyshyödyn seurannasta, ohjausyksikön toiminnan varsinaisesti käynnistyttyä.

Suomessa olisi mahdollista ja tulisi aloittaa kansallisen terveyshyödyn seurannan organisointi välittömästi. Tähän voitaisiin käyttää esimerkkinä ruotsalaista mallia (Öppna jämförelse), vaikkapa tuottamalla ensin vuosittain vastaava suomalainen dokumentti sosiaali- ja terveysministeriön ohjaamana verkostomaisena työnä. Esimerkkejä vastaavista kevyemmistä terveyshyödyn seurantajärjestelmistä löytyy, kuten Seattlen alueen SUBIMO.

Terveyshyödyn seurannan toteuttaminen edellyttää sen resurssointia. Eräissä maissa tästä resurssoinnista vastaavat kustannukset kuuluvat terveyspalvelujen tuottajien vastuulle. Tässä toimintatavassa terveyshyödyn seurannan kustannukset vyörytetään hoidon kustannuksiin. Toisissa maissa terveyshyötyjä koskevan seurannan kustannukset katetaan terveyspalvelujen rahoituksesta vastuussa olevien tahojen toimesta erillisellä määrärahalla. Missään niitä ei kateta esimerkiksi akateemisilla apurahoilla tai toiminnalle projektinomaisesti myönnettävillä tutkimus- ja kehittämismäärärahoilla, kuten tähän asti Suomessa on ollut toimintatapa.

Suomessa vartenotettavia vaihtoehtoja tämän kansallisen vastuun ottajaksi on ainakin kolme; Kansaneläkelaitos, THL ja FCG. Näillä jokaisella on jo nyt riittävät infrastruktuurit tehtävän suorittamiselle sekä jo nyt joukko terveyshyötyjen mittarointia edistäviä tekijöitä – jotka kuitenkin ovat hyvinkin erilaisia näissä organisaatioissa. Poliittisen tahtotilan ollessa kypsä, voidaan suhteellisen helposti tämän esitutkimuksen antamien tietojen avulla tehdä skenaariot kunkin vaihtoehdoisen mallin kustannus-tehokkuudesta kansallisen seurannan järjestämiseksi. Tässä yhteydessä tulee tietenkin ottaa huomioon myös muut järjestämistä mahdollisesti rajoittavat tekijät, kuten uusi EU-direktiivi koskien terveystietojen toissijaista käyttöä.

Paras toimintatapa terveyshyödyn seurannan toteuttamiseksi, kuten yllä mainittua, lienee valtiojohtoinen verkostomainen kokonaisuus. Verkostomaisessa kokonaisuudessa voidaan hyödyntää kunkin olemassaolevan asiantuntijatahon parhaita vahvuuksia suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän menestyksen varmistamiseksi.

9. Johtopäätökset

9.1. MITÄ TOIMENPITEITÄ TARVITAAN TERVEYSHYÖDYN SEURANTAAN SUOMESSA?

Utilis Sanitas –hankkeen aikana havaittiin monia edellytyksiä – ja toisaalta esteitä – terveyshyödyn seurannalle sekä seurannasta saatavan hyödyn realisoitumiselle. Kyseiset edellytykset seurannan toteutumiselle, 18 kappaletta, on listattu alla. Poistamalla näiden 18 kohdan toteutumisen esteet, ja resursoimalla sekä organisoimalla kunkin edellytyksen toteutuminen, mahdollistuu terveyshyödyn seuranta sekä tietojen optimaalinen hyötykäyttö. Lista on laadittu siten, että sitä voivat hyödyntää kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat roolista riippumatta.

Tämä listaus terveyshyödyn seurannan edellytyksistä perustuu hankkeen työprosessin aikana tehtyihin havaintoihin ja moninaiisiin keskusteluihin kaikkien hankkeen sidosryhmien kanssa. Alla olevaa listausta voitaneen käyttää esimerkiksi laadittaessa projektisuunnitelmaa kansallisen terveyshyödyn seurantajärjestelmän käynnistämiseksi. Näiden edellytysten toteutuksen muodostama toimenpideprosessi voitaisiin toistaa vuosittain jatkuvaluonteisen seurannan toteuttamiseksi – vaikkakaan aivan jokaista askelta ei tarvitse toistaa joka vuosi, kuten mittareiden valintaa ja validiteetin varmistusta.

1. Sitoutuminen (päätos ryhtyä, tilaus) terveyshyödyn seurantaan
2. Aloitteen rahoituksen varmistaminen ja aikatauluraamien asettaminen
3. Kokonaisuutta koordinoivan tahon päättäminen
4. Mitattavien hoitokokonaisuuksien päättäminen
5. Käytettävissä olevien pohja-aineistojen validiteetin ja keräyskustannusten alustava arviointi
6. Hoitokokonaisuuksia koskevien mittareiden vaihtoehtojen kartoitus, arviointi ja päätös mittareista
7. Päätettyjen mittareiden yksityiskohtien, eli laskentatapojen määrittely
8. Mittareiden pohjatietojen luovutustapojen, prosessin ja muiden toimintatapojen määrittely
9. Tietoa luovuttavien tahojen sitoutuminen mittarituotannon toimintatapoihin ja aikaetappeihin
10. Lupahakemukset ja ilmoitukset: kansallisten ja/tai toimijakohtaisten lupaprosessien läpäisy
11. Yhtenäisen potilasID-kryptauksen toteutus pohja-aineistolle
12. Tietojen lähettäminen yhdelle taholle ja yhdistäminen
13. Algoritmien määrittäminen mittarilaskennalle
14. Mittarilaskennan riittävä resursointi ja siten ajanmukainen toteutus
15. Mittareiden raportointi kohderyhmille, mahdollinen tietojen palautus toimittajatahoille
16. Tiedosta hyötyvien tahojen sitoutuminen tiedon käyttöön toimintatapojen kehittämisessä
17. Velvoite tiedon avoimuuteen: tiedon hyödyntäminen kansallisesti sekä suoraan asiakkaan hyväksi
18. (Osallistuneiden tahojen sitoutuminen uuteen mittarituotannon prosessiin)

Tämän esitutkimuksen perusteella kyseiset vaatimukset ovat yleispäteviä sekä yksittäisen toimijan ja yksittäisen mittarin toteutukselle, että kansallisella tasolla. Näin ollen yksittäisen toimijan ollessa kiinnostunut terveyshyödyn seurannan käynnistämisestä ja jalkauttamisesta omassa organisaatiossaan, voi se muodostaa toimenpidesuunnitelman perustuen yllä olevaan listaan. Listan täydellinen toimeenpano ymmärrettävästi edellyttää monien tahojen aktiviteettien koordinoitua – kuten tässä esitutkimuksessa kävi ilmi.

Samoin kansallisen vastuutahon on mahdollista ryhtyä toimeenpanemaan yllä mainittujen edellytysten toteutusta sekä poistamaan niiden toteutumisen esteitä. Yksittäisten edellytysten

toteutukset aikatauluttamalla on mahdollista laatia roadmap ja kokonaisuikataulu kansallisesti kattavan terveyshyödyn seurantajärjestelmän käynnistämiseksi. Nojaten edellisessä luvuissa kuvattuihin Utilis Sanitas –hankkeen esitutkimuksessa toteutettuihin toimiin, hankkeen aikana tehtyihin havaintoihin, ja etenkin havaittuihin terveyshyödyn seurannan esteisiin, voidaan vetää myös johtopäätöksiä kansallisen terveyshyödyn seurannan esteiden poistamisesta ja järkevästä organisoitumisesta niiden toteutumiseksi.

Seuraaviin lukuihin on koottu tärkeimpiä johtopäätöksiä toimenpiteistä, joita tarvitaan terveyshyödyn seurannan toteutumiseksi kansallisella tasolla. Kaikki esitetyt toimenpiteet perustuvat tässä hankkeessa esiin nousseisiin faktoihin, ja ne on kukin erikseen käsitelty hankkeen ohjausryhmässä. Tarvittaessa on edellytysten sisältöä koskien konsultoitu alan kokeneimpia asiantuntijoita Suomessa. Näiden toimenpide-ehdotusten lisäksi voi olla hyvä kerätä lisää informaatiota niistä maista, joissa vastaavat järjestelmät ovat olleet käytössä jo jonkin aikaa rutiininomaisesti.

9.2. TERVEYSHYÖDYN SEURANNAN KÄYNNISTÄMISEN TOIMENPIDE- EHDOTUKSET

9.2.1. Sitoutuminen terveyshyödyn mittarituotantoon ja rahoitus

Ensimmäinen vaatimus terveyshyödyn seurannan toteutumiseksi on etenkin kansallisella tasolla syntyvä päätös ja tahtotila seurannan käynnistämisestä. Raportin kirjoitusvaiheessa ei varsinaista päätöstä seurantajärjestelmän projekti- tai muun muotoisesta toteutuksesta ole. Terveyshyödyn seuranta ja siihen nojaavat terveydenhuoltojärjestelmämme kontrollimekanismit kuulunevat jatkossa STM:n alaisen ohjausyksikön toimivaltaan ja vastuulle.

Sitoutumispäätös tarkoittaa samalla myös rahallista panosta järjestelmän toteutukseen. Terveyshyödyn seurantajärjestelmän rahoitukselle on kaksi päävaihtoehtoa: rahoituksesta vastaavat tahot ovat joko terveyspalveluiden tuottajia tai järjestäjiä. Kummassakin tapauksessa kuitenkin on tärkeää, että terveyspalvelujen tuottajien vastuulla oleva potilastietojen kirjaaminen tehdään luotettavasti – erityisesti diagnoosien asettaminen. Tarvittaessa potilastietojen kirjaamisen asianmukainen toteutuminen voidaan määrätä palveluiden tuottamisesta saatavan rahoituksen maksamisen edellytykseksi, kuten Kanadassa.

Toisaalta terveyshyödyn tärkeys on kansallisesti sekä tuottajatahojen toimesta monilta osin tunnustettu. Kansallisella tasolla terveyshyödyn seurannan tärkeyden tunnustaminen ei ole kuitenkaan johtanut konkreettisiin toimenpiteisiin.

Projektiryhmässä todettiin myös, että lainsäädännöllinen vaade, rahallinen kannuste tai sanktio, myös tarvittaisiin kansalliselta tasolta jokaisen palveluntuottajatahon motivointiin terveyshyötytietojen seurantaan. Keskeinen edellytys on selkiyttää terveydenhuollon rahoituksesta vastaavien tahojen vastuuta hoidon tulosten osalta. Tilanne, jossa terveyspalveluiden tuloksia ei maassamme seurata, johtuu osin siitä, että rahoitusvastuun nykyinen määritelmä ei kata vastuuta terveyspalveluiden tuloksista, ainoastaan panoksista. Terveydenhuollon tulosten hyväksyttävän tason – eli riittävän tuotetun terveyshyödyn määrän – varmistaminen saattaa edellyttää myös julkisen tilintarkastuskäytännön sekä kunnallista että valtakunnallista kehittämistä. Toisin sanoen tämä tarkoittaa terveydenhuollon rahoittajien selkeää tulosvastuuta kustannuskontrollin lisäksi myös terveydenhuollossa potilaille tuotetusta terveyshyödystä ja palveluiden laadusta.

Tavoitteena voisi olla se, että palveluntuottajatahojen olisi kansallisen koordinaation alaisuudessa toteutettava mittaritiedot itse velvoitteiden, kannustimien tai sanktioiden voimassa ollessa. Kansallisen tai maakunnallisen rahoittajan edellyttämien tietojen lisäksi kukin palveluntuottaja voisi tietenkin tuottaa itse muita haluamiaan mittaritietoja oman toimintansa kehittämiseen. Oleellista on siten rakentaa velvoite sille, että palvelujen rahoittamisesta vastaavat tahot edellyttäisivät tietoa hoidolla tuotetuista tuloksista. Nykytilanteessa terveydenhuollon rahoittajilla ei ole tarvetta tähän. Järjestelmä voi perustua myös vapaaehtoisuuteen, mutta tämä lienee kansallista velvoitetta hitaampi tie kattavan terveyshyödyn seurannan käynnistämiseksi.

9.2.2. Kokonaisuutta koordinoivan tahon päättäminen

Terveyshyötytietojen seurannan kokonaisuutta koordinoivan tahon olemassaolo todettiin hankkeen aikana välttämättömäksi mittarituotannon ja määritysten toteutuksen kannalta. Erityisesti terveyshyötytietojen vertailukelpoisuuden varmistamiseksi on välttämätöntä määrittää kansallinen taho, joka vuosittain koordinoi ja on vastuussa hoitokokonaisuuksien valinnasta terveyshyödyn mittaamisen kohteiksi, mittareiden määrittelystä, prosessin hallinnasta, aikatauluista, jne. Koordinoiva taho olisi tässä toteutusmallissa erillinen varsinaiseen terveyshyödyn seurantajärjestelmän tilaajatahoon nähden. Esimerkiksi Ruotsissa sosiaali- ja terveysministeriö on toiminut Öppna Jämförelser -järjestelmän tilaajana, ja Ruotsin maakuntien (Landsting) yhteenliittymä SLL vastuullisena koordinaattorina.

Alla on kuvattu eräitä vaihtoehtoja – mahdollisesti toisiaan täydentäviä – kansallisen koordinaation järjestämiseksi.

- Kela, THL, yliopistokonsortio, Kuntaliitto, tai muu kansallinen neutraali toimija ottaa päävastuun laadun, vaikuttavuuden ja terveyshyödyn seurantajärjestelmän määrittelystä, pilotoinnista sekä toteuttamisesta vuosittain tai muussa tietyssä määrääjassa.
- Terveyshyödyn seurantajärjestelmä toteutetaan avoimena verkostoprojektiluonteisena kokonaisuutena seuraavien vuosien ajan, kuten Utilis Sanitas -hankkeessa toimittiin. Kansallisen koordinoijan puuttuessa projektimuotoinen toiminta voi edistää asiaa merkittävästi, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon uuteen toimintamalliin siirryttäisiin laatu, vaikuttavuus- ja terveyshyötytietojen seurannan kannalta edistyneessä tilanteessa.
- Yllä mainitun kaltainen toimija, konsortio tai projektioorganisaatio sidosryhmineen ottaa päävastuun esimerkiksi Ruotsin avointen vertailujen raportin kaltaisen julkaisun tuottamisesta vuosittain sekä raportin laatimiseen vaadittavan toimintaprosessin koordinoimisesta. Raportin mukainen konkreettinen tuotos loisi perustan sekä vertailukohdan kattavan kansallisen tason laadun, vaikuttavuuden ja terveyshyödyn seurannan käynnistämiseksi.
- Kilpailutus kansallisen terveyshyödyn seurantajärjestelmän toteutukselle voisi edistää ja nopeuttaa järjestelmän käynnistymistä ja määrittelyä. Kilpailutus voisi myös nopeuttaa kansallisten osaamisyksiköiden, palveluntuottajatahojen sekä yksityisen sektorin toimijoiden yhteistyöverkoston muodostumista.
- Jokainen terveydenhuollon rahoittaja veloitetaan tuottamaan tiedot itse tiettyjen kansallisten määritysten mukaisesti. Tällöin edelleen on avoinna kysymys, miten varmistetaan terveyshyötytietojen vertailukelpoisuus sekä kuka yhtenäiset määritelmät laatii. Toisaalta tässä mallissa ei tarvittaisi valvontaa ja koordinaatiota mittareiden tuottamisen aikataululle, rahoitukselle tai toteutuksen yksityiskohdille.
- Terveyshyödyn mittareiden määritysten ylläpito, kansallisten verkostojen yhteistyön koordinointi, tietotuotannon prosessin johtaminen, ym., järjestetään vuosittain olemassa olevan kansallisen terveydenhuollon tutkimus- tai luokitustyön yhteydessä. Esimerkiksi olemassa olevia vuotuisia proseseja ovat FCG:n NordDRG-luokitustyö sekä THL:n erinäiset luokitus-, tutkimus- ja vertailuhankkeet, kuten PERFECT ja Benchmarking. Terveyshyödyn seurantajärjestelmän toimintaprosessin (vuosikellon) ohjaus on kansainvälisten esimerkkien perusteella luonteeltaan yhteneväistä luokitustuotteiden kehitys- ja ylläpitotyön kanssa.

Kokonaisuutta koordinoivan sekä kokonaisuudesta vastaavan tahon päättäminen sekä seurantajärjestelmän vuosittaisen rahoituksen varmistaminen ovat ensimmäiset ja tärkeimmät askeleet nykyisessä terveydenhuollon kustannusten ja terveyshyödyn seurantaan käytettävien resurssien osalta hajautuneessa tilanteessa. Yllä mainitun terveyshyödyn seurantajärjestelmän raportointi- ja koordinoitivastuun määrittämisen mukana on seurattava myös kansallinen tarvittava rahoitus järjestelmän ylläpitoon.

Kansallista ohjausta tarvitaan mittaritietojen laadinnan koordinointiin, ja kokonaisnäkykseen esimerkiksi lainsäädännöllisten esteiden poistamisessa sekä mahdollisten kannusteiden tai

sanktioiden asettamisessa, jos terveyshyödyn seuranta ei joillain alueilla näyttäisi toteutuvan. Toisaalta alueellisten toimijoiden on kannettava vastuu terveyshyödyn seurantatietojen konkreettisesta toteuttamisesta, tietopohjan ylläpidosta, ym., ennen kuin kansalliset ratkaisut (Kanta, Kansa) ovat tietopohjaltaan ja sisällöltään sekä käyttökelpoisuudeltaan sillä tasolla, että tärkeäksi katsotut toteutettavat terveyshyödyn mittarit voidaan näiden kautta keskitetysti toteuttaa.

Yllä mainitut skenaariot eivät ole toistensa kanssa poissulkevia. Kombinaatio eri toimijoiden roolituksesta kansallisen koordinaation alaisuudessa olisi esitutkimuksen perusteella paras ja toimivin ratkaisu edetä kansallisen laadun, vaikuttavuuden ja terveyshyödyn seurantajärjestelmän toteutuksessa.

Näin ollen paras ratkaisu kansallisen terveyshyödyn seurantajärjestelmän toteutukseen lienee STM:n alaisuuteen perustettavan ohjausyksikön ohjauksessa sekä STM:n tilauksesta toimiva konsortio, eli verkosto toimijoita. Vaihtoehtoisesti päävastuun koordinaatiosta voinee ottaa myös muu kansallinen taho, kuten Kela.

9.2.3. Hoitokokonaisuuksien ja mittareiden päättäminen

Yhtenäiset mittarimääritykset sekä terveyshyödyn seurannan kohdistaminen konsensuksella tiettyihin hoitokokonaisuuksiin todettiin välttämättömyydeksi sekä tiedonkeruun onnistumisen ja hankeressurssien riittävyuden että tulostietojen tulkinnan kannalta. Mittarimääritystä ovat jo toteuttaneet kansallisesti mm. THL, Duodecim, erikoisalayhdistykset sekä lukuiset yksittäiset toimijat kukin oman toimintansa käyttöön. Näin ollen yhtenäisten mittarimääritysten toteuttaminen ja ylläpito pitäisi olla yksi kansallisen koordinaattorin työtavoite ja toteutua sen valvonnassa. Mittarit määrittävä asiantuntijataho voi olla myös eri taho kuin koordinaattori. Terveyshyödyn mittareiden määrittelyyn tarvitaan kattava asiantuntemus. Myös kansainvälisiä esimerkkejä mittarimäärittelyistä (ICHOM, Yhdysvallat) sekä potentiaalisia yhteistyötahoja, jotka ovat tehneet mittareiden määrittelyn sekä algoritmien toteutuksen eteen jo vuosia työtä, olisi löydettävissä.

Mittareiden ja hoitokokonaisuuksien valintaprosessi muodostui Utilis Sanitas -hankkeessa järjestelmälliseksi toimintatavaksi. Vastaava valintaprosessi, johon kaikki osalliset tahot voivat osallistua, on tärkeä käynnistää terveyshyödyn seurantajärjestelmälle eri tahojen sitoutumisen, tehokkaan projektiluontoisen toiminnan sekä tietojen vertailukelpoisuuden varmistajana.

Mittareiden valintaprosessissa on myös karsittava mittareiden määrää niiden suunniteltujen pohjatietojen luotettavuuden, toteutuskustannusten, validiteetin, reliabiliteetin, ym. mukaan. Näin voidaan varmistaa mahdollisimman kattavat vertailutiedot rajatusta määrästä mittareita. Vaihtoehtona on hajanaiset tiedot suuresta määrästä mittareita, mikä ei palvele terveyshyödyn seurannan hyödyntämistä esimerkiksi palveluntuottajien vertailua tai potilaan valinnanvapautta tukemisessa.

9.2.4. Mittareiden pohjatietolähteiden määrittäminen

Mittareiden pohjatietojen ja luovuttavien tahojen määrittäminen ehdotetaan kuuluvan vastuullisesti koordinaattorille, jonka kanssa yhteistyössä olevalla käytännön toimijalla on toteutusvastuu.

Esimerkkinä FCG oli Utilis Sanitas hankkeessa mittareiden käytännön toteutuksen vastuussa, ja Ruotsissa IVBAR Institute, Socialstyrelsenin tilauksesta, toteuttaa käytännön tietoliikennettä ja mittareiden prosessointia. Nämä eri työvaiheet voidaan myös jakaa eri toimijoiden kesken. Kansallisella koordinaattorilla olisi kuitenkin oltava ohjausmahdollisuus ja mandaatti eri tahojen toiminnan aikataulun mukaiseen ohjaukseen.

Tällä hetkellä Suomen mittakaavassa kokonaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjuja kuvaavia terveyshyödyn mittareita on erityisen haastavaa laatia pohjatietolähteiden suuren hajanaisuuden vuoksi. Esimerkiksi mielenterveyspotilaiden palvelutapahtumat ovat usein hajautuneet jopa yli kymmeneen eri rekisteriin, jos palvelukäyttö on monialaista tai palveluita on käytetty useamman kunnan alueella. Näin ollen kirjoittajatahot suosittavat alueellisten sosiaali- ja terveydenhuollon tietoaaltaiden tai muiden johtamisen tarpeisiin yhdistettyjen tietojärjestelmäratkaisujen edelleen kehittämistä sekä jo toimivien kansallisten tietopohjien, kuten THL:n rekistereiden, yhä laajempaa hyötykäyttöä. Kansalliset ratkaisut, kuten Kansa ja Kanta, voivat aikanaan tuottaa tarvittavia tietopohjia terveyshyödyn seurantaan, mutta nykyisellään ne eivät ole vuosiin käyttökelpoisia terveyshyödyn seurannan toteuttamiseksi.

9.2.5. Lupahakemukset ja ilmoitukset

Jos terveyshyödyn mittareita on tarkoitus hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ohjauksessa, on alueellinen tieto yksittäisen asiakkaan palveluista ja terveydentilasta voitava yhdistää ilman raskaita vuosia kestäviä tutkimuslupaprosesseja. Nykytilanteessa asiakastiedon yhdistämiseen liittyvät raskaat lupaprosesit kestävät vähintään useita kuukausia, ja toisinaan vuosia. Pääleikkäisiä lupaprosesseja on sekä kansallisesti että alueellisesti, mikä aiheuttaa moninkertaista, usein viikkojen työtä lupahakemusten toteuttajille. Tilanne on kestämaton ajantasaisen tiedon laatimisen kannalta. Suomessa olemassa olevia päteviä kansallisia ja paikallisia rekistereitä ei vallitsevassa tilanteessa siis voida käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ohjauksen tarpeisiin.

Vallitsevia lupahakemuskäytäntöjä tulisi virtaviivaistaa sekä eriyttää selkeästi tutkimuksellisen käytön lupahakemukset päivittäistoiminnan johtamisen sekä mahdollisesti tulevaisuudessa palvelujärjestelmän ohjaamiseen ja toiminnan seurannan tarpeisiin tuotettavan tiedon lupamenettelyistä.

Tietosuojaa koskeviin lakikysymyksiin on STM:n puolesta asetettu työryhmä, joka ottanee kantaa potilastietojen toissijaisen käytön lupakäytäntöjen kehittämiseen.

9.2.6. Tietoa luovuttavien tahojen sitoutuminen mittaamisen aikaraameihin

Toteuttamisen aikataulua on peilattava reaaliseen mahdollisuuteen hyödyntää tietoa toiminnan johtamisen ja kehittämisen työkaluna. Pääasiallisesti kyseessä ei ole tutkimuksellinen toiminta, vaan vuosittaisten, kvartaaleittaisten tai ylipäätään ajanmukaisten tunnuslukujen toteuttaminen palvelutuottajien, rahoittajien ja potilaiden saataville.

Tämän veloitteen mukaisesti olisi jokaisen tietoja tuottavien ja luovuttavien tahojen sitouduttava tai heitä veloitettava luovuttamaan tiedot tiettyssä aikaraamissa terveyshyötytietoja tuottaville tahoille, koordinaattorin ohjaamana.

Nykytilanteessa tietoluovutuksissa eräiltä kansallisilta tahoilta on jopa vuosien viiveitä, mikä ei mahdollista terveyshyödyn seurantaan näihin tietoihin perustuen. Esimerkiksi Kelan etuustietojen poiminta tutkimus- ja mittarointikäyttöön sisältää tällä hetkellä pitkän jonotusajan. Avoimien rajapintojen ja tietojärjestelmäintegraatioiden laatiminen kansallisiin tietokantoihin ratkaisisi pääosin aikaraamien ja viiveiden ristiriidan ongelman. Kaikki julkinen tieto tulisi tietosuojarajoitteiden puitteissa olla käytettävissä esimerkiksi Sitran esittämän Palveluoperaattorin kautta.

9.2.7. Tietojen yhdistäminen asiakastasolla

Lähes kaikki relevantit terveyshyödyn mittarit on tyypillisesti toteutettava yksittäistä palveluntuottajatahoa laajemmille kokonaisuuksille, eli koskemaan kokonaisia hoito- ja palveluketjuja sote-kokonaisuudessa. Tällöin kaikkien relevanttien pohjatietojen yhdistäminen asiakastasolla osoittautuu usein suurimmaksi esteeksi terveyshyödyn mittaroinnille.

Nykyisin vallitsevassa tilanteessa sosiaali- ja terveydenhuollon yksittäisen asiakkaan tietopohja on hajaantunut useiden eri rekisterinpitäjien hallinnoitavaksi, eikä tietojen yhdistäminen onnistu ilman monimutkaista salaus- ja tiedonsiirto-operaatiota. Pelkästään kolmesta eri lähteestä yhdistettävien tietojen osalta kyseessä voi olla viikkojen työ sopia tiedot yhdistävän taho, tiedonsiirtomenetelmät kunkin osapuolen kesken, käytettävä salaus, ym. tekniset detaljit.

Sitran esittämä kansallinen Palveluoperaattori on lupaava aloite, joka mahdollistanee eri tahoille joustavan tiedon henkilötunnus-tason yhdistämisen mm. terveyshyötymittareiden toteutukseen. Ylipäätään yksittäisen Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan tietojen yhdistäminen rutiininomaisesti on yksi suurimpia haasteita ja ongelmia, jonka ratkaisemalla myös asiakkaan hoitoa koskeva tiedonkulku sekä palvelujärjestelmätutkimuksen tekeminen helpottuisivat merkittävästi.

Toisaalta Eksoten mukainen maakunnallinen tietovarastoinnin malli todettiin mahdollistavan kattavan terveyshyödyn seurannan jo nykyisellään. Eksotenkaan tietomalli ei nykytilanteessa silti sisällä yksityisen sektorin alaisuudessa toteutettua hoitoa. Ellei vastaavanlaisia maakunnallisia malleja muodostu sote-uudistuksen tuloksena, tai jo sitä ennen, on markkinoilla eräitä toimivia ja testattuja ratkaisuja alueellisten sote-tietovarastojen toteuttamiselle tiedolla johtamisen tarpeisiin – hajautuneidenkin tietopohjien tapauksessa.

9.2.8. Algoritmien ja määrittäminen mittarilaskennalle

Algoritmeista vastaavalle organisaatiolle on useita vaihtoehtoja. Epäilemättä Suomen IT-sektorilla on lukuisia yrityksiä ja julkisia tahoja, jotka selviytyisivät terveyshyödyn mittareihin liittyvästä laskentatyöstä. Oleellista on se, että esimerkiksi kliinisen epidemiologian asiantuntemus sekä muu laskenta-algoritmien pätevyyden varmistamiseen tarvittava, mm. matemaattinen osaaminen on laskenta-algoritmeja työstävien henkilöiden käytettävissä. Mittareiden laatiminen vaatii usein monipuolisen osaamisen yhdistämistä, kuten poissulkuehtojen muotoilua ja asetelmallista harkintaa. Lisäksi tarvitaan myös lääketieteellistä sisältöosaamista, jolloin algoritmienkin laadintatyöstä muodostuu yleensä tehokkaimmillaan verkostomaista toimintaa.

Tärkeää on myös asianmukainen resursointi. Esimerkiksi Ruotsissa terveyshyödyn seurannan algoritmeista ja raportoinnista vastaava IVBAR Institute on työllistänyt arviolta 5 henkilötyövuoden määrän vuosittain koodaamisen asiantuntijoita pelkästään algoritmien ja raporttien toteutukseen. Mittareiden laskenta-algoritmien työstäminen vie yhteensä useita työpäiviä tai jopa -viikkoja yhden mittarin osalta. Yleensä mittarit muodostuvat päteviksi vasta useamman testilaskelman sekä niiden käsittelyn ja mittausalgoritmien kehittämisen myötä.

9.2.9. Mittareiden raportointi kohderyhmille

Terveyshyötytietojen kattavan ja joustavan raportoinnin kansallisia aloitteita on monia, esimerkiksi THL:llä ja Kelalla. Ei ole mitään estettä sille, ettei tietoja voisi raportoida kaikissa tiedon vastaanottamiseen halukkaissa portaaleissa. Tällöin olisi mittaritulokset laskevan tahon laadittava avoin rajapinta, josta pohjatiedot olisivat esimerkiksi kansallisesta avoimesta teematietovarastosta poimittavissa kunkin halukkaan toimijan käyttöön.

Terveyshyötytietojen raportointiin liittyy tiivistä myös raportointimallit, graafit ja mittareiden esitystavat yleensä. Samansisältöinen data voidaan muodostaa mittariksi ja raportoida useimmiten hyvin monilla sinänsä pätevillä tavoilla, joista osa voi kuitenkin johtaa tulkitsijaa harhaan. Siksi myös raportointitapojen harkinta ja testaus on eräs kehitettävä kohde, joka on resursoitava ja jota on kehitettävä mittarin kohderyhmää ja käyttötarkoitustaan palvelevaksi.

9.2.10. Tiedosta hyötyvien tahojen sitouttaminen tiedon käyttöön

Organisaation sisäinen sitouttaminen terveyshyöty- ja laatu-tiedon järjestelmälliseen hyödyntämiseen vie aikaa, ja vaatinee useita iteraatiokierroksia juurtuakseen. Tärkeää on, että tuloksista ja virhelähteistä sekä toiminnan ja mittauksen kehitystoimenpiteistä käydään avointa keskustelua.

Pelkkä johdon sitoutuminen ei riitä – sitoutumisen potilaalle tuotettavan terveyshyödyn kehittäminen ykkösprioriteettinä on koko organisaation kattava tavoite kaikille ammattiryhmille. Kansallisen seurannan toteuttamiseksi olisi siten suositeltavaa pyrkiä sitouttamaan kaikkien ammattiryhmien edustusjärjestöt (Lääkäriliitto, Tehy, Pro), sekä muut asiaankuuluvat organisaatiot (lääketieteelliset erikoisalayhdistykset, Duodecim, ym.) terveyshyötytietojen seurannan vakinaistamiseksi sekä terveyshyötytietoihin perustuvan kehitystoiminnan tukemiseksi käytännön tasolla asti.

9.2.11. Velvoite tiedon avoimuuteen

Kaikilla tulevan sote-järjestelmän toimijoilla, myös työterveyshuollolla ja yksityisellä sektorilla, ehdotetaan olevan velvoite palauttaa terveyshyödyn seurannan edellyttämät tiedot maakuntatasolle. Tämä mahdollistaisi kansallisista rekistereistä riippumattoman joustavan ja ajantasaisen raportoinnin terveyshyötytiedoille. Maakunnallinen järjestäjä olisi luonteva taho hallinnoimaan alueellista tietoallasta tai muuta ratkaisua, johon kaikki maakunnan asukkaille tuotettavat terveystalvot ja tiedot terveydentilasta koottaisiin.

Asiaa voisi edistää lakivelvoite tiettyjen terveyshyötyä koskevien tietojen avoimuuteen tai kannustimet kaikille palveluntuottajille näiden tietojen raportointiin. Vastaavia malleja on käytössä esimerkiksi sekä Yhdysvalloissa, jossa terveydenhuollon palvelujärjestelmä perustuu yksityiseen tuotantoon ja rahoitukseen, sekä Kanadassa, jossa palvelujärjestelmä perustuu julkiseen tuotantoon ja rahoitukseen. Molemmissa maissa useat terveystalvotilajien tilaajat vaativat palveluntuottajilta tiettyjä kirjauksia ja terveyshyötytietoja raportoitavaksi ennen rahallisen kompensaation antamista.

Terveyshyötyä koskevat julkisen toiminnan piirissä olevat potilastiedot eivät voi periaatteellisesti kuulua ainoastaan yksittäisen ammattiryhmän, toimielimen tai rekisterinpitäjän käyttöön. Tulosten tulkintaa ja tuloksia on voitava julkisrahoitteisessa toiminnassa myös arvioida julkisesti (vrt. JulkL). Luottamushenkilöiden vastuuta palvelujen kustannusten ohjaamisesta ei voi toteuttaa ilman riittäviä tietoja hoidon tuloksellisuudesta, eli laadusta ja terveyshyödystä.

9.2.12. Osallistujatahujen sitoutuminen uuteen mittarituotannon prosessiin

Tuotettuja terveyshyötyjä koskevien tietojen keruun eräs keskeinen syy on ajatus siitä, että tavalla tai toisella tietojen keruu, niiden käsittely tunnusluvuiksi ja näiden tulkinta johtavat johtopäätöksiin sekä toimiin terveydenhuollon toiminnan ja palvelujärjestelmän kehittämistä. Tarkoituksena on, että panoksiin suhteutettu terveyshyöty, eli kustannus-vaikuttavuus tai kustannus-hyöty, palvelujärjestelmän asiakkaille lisääntyy.

Pelkkä terveyshyötytietojen käsittely ja keruu ei tällöin riitä. Koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on toteutettava laajemmin laadunhallintaa, sekä palvelujärjestelmän toiminnan kehittämisen tasolla että yksittäisten palveluketjuihin osallistuvien palveluntuottajatahujen osalta. Palvelujärjestelmän laadunhallintaa voidaan toteuttaa esimerkiksi seuraamalla palveluketjujen tarpeettomia hoidon viiveitä eri palveluntuottajatahujen välillä. Yhden palveluntuottajatahon osalta voidaan seurata toiminnan tuloksia, eli arvontuotantoa terveyshyötynä, tai esimerkiksi hoidon toistuvuutta. Tärkeintä on, että havaittuihin ongelmiin palveluketjussa tai hoidon tuloksissa puututaan. Parhaiten arvontuotannon maksimointiin ja laadun kontrollointiin perustuva palvelujärjestelmä toimii, jos kaikki sen osapuolet sitoutuvat arvontuotantoon ja sen kehittämiseen yhteisten mittareiden pohjalta.

Näin ollen terveyshyötytietojen keruu ja siihen perustuva sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta on jo siten sinänsä iteratiivista ja sen tuloksena luonteeltaan parhaimmillaan toistuvaa toimintaa. Edellytyksenä terveyshyötytiedoista hyötymiselle on tietojen prosessoinnin toistuvuuteen. Toistuvuuden tulee olla pääperiaatteena jo toimintaa käynnistettäessä.

Sitoutuminen mittarituotannon toistuvuuteen sisältää myös ajatuksen jokaisen siihen osallistuvan organisaation, sekä kansallisten toimijoiden että alueellisen palvelujärjestelmän, sitoutumisesta toiminnan kehittämiseen terveyshyötytietojen tulosten pohjalta, vaikka tulokset voisivat olla alkuun vaikeitakin hyväksyä. Hyvänä esimerkkinä toistuvien mittausten tarpeesta Utilis Sanitas -hankkeessa osoitettiin masennuspotilaille tuotetun objektiivisesti mitattavissa olevaa terveyshyötyä – osoitettuna potilaskohtaisten terveydentilan kahden ajallisesti erillisen oiretason muutoksena.

10. Yhteenveto

10.1. MIKSI SUOMESSA EI SEURATA TERVEYSPALVELUILLA TUOTETTUA TERVEYSHYÖTYÄ?

Utilis Sanitas -projektin tavoitteena oli luoda edellytyksiä kansalliselle terveyshyödyn seurannalle Suomessa. Voimme projektin jälkeen todeta, että tavoite epäonnistui eräiltä osin – kansalliselle terveyshyötyjen seurannan järjestelmällistämiseksi ei ole tapahtunut juuri mitään tämän hankkeen aikana eikä sen loppumisen jälkeen. Kuitenkin projektin esitutkimuksen aikana näytettiin toteen, että terveyshyödyn systemaattinen seuranta on jo nykyisin hajautetuun tietovarantoon mahdollista, joskin useissa tapauksissa vaivalloista. Lisäksi projektin aikana muodostui toimiva prosessimalli terveyshyödyn seurannan toteutukseen, mm. seurattavien mittareiden päättämiseen ja karsimiseen kansallisesti yhtenäisin sekä lääketieteellisesti pätevin kriteerein.

Pohjautuen projektin aikana saatuihin kokemuksiin, tarvittavat panostukset kansallisella tasolla terveyshyödyn laajaankin systemaattiseen sekä vertailukelpoiseen seurantaan, olisivat vuositasolla noin muutaman miljoonan euron luokkaa. Hyvään alkuun usean kymmenen mittarin osalta voitaisiin päästä jo noin kahdensadan tuhannen euron panostuksella. Toisaalta terveyshyödyn seurantaan sekä tähän liittyvään terveydenhuollon laadun jatkuvaan kehittämiseen liittyvät hyödyt lienevät vuosittain vähintään useissa sadoissa, ellei tuhansissa säästetyissä elinvuosissa sekä parantuneessa elämänlaadussa suomalaisen terveydenhuollon asiakkaille. Konkreettinen suomalaisen terveydenhuollon tuottaman terveyshyödyn todistaminen lienee myös kilpailuvalti kansainvälisillä terveyspalvelumarkkinoilla.

Kansallisen koordinaation ja sen takana olevan kansallisen sekä paikallisen poliittisen sitoutumisen puute terveyshyödyn seurantaan on ainoa tällä hetkellä ylitsepääsemätön este terveyshyödyn seurannalle ja sitä kautta tuhansien ennenaikaisesti menetettävien elinvuosien pelastamiselle. Terveysyödyn seurannan hyödyt ovat liian suuria jättää kehitys toteuttamatta ja odottaa kansallisia järjestelmiä. Jo nykyisillä hajanaisilla tietojärjestelmillä päästäisiin tuloksiin. Valinnanvapauden toteutuminen ei nykyisessä tilanteessa voi perustua tietoon palvelujen laadusta tai tuotetusta terveyshyödyistä. Suomessa on totuttu luottamaan kansallisiin instituutioihin ja niiden tuottamien palvelujen laatuun ehkä jopa perusteettomasti ja sokeasti.

10.2. HAVAINNOT KANSALLISESTA YHTEISTYÖSTÄ NYKYTILANTEESSA

Hankkeen aikana todettiin terveyshyödyn seurannan nykyisestä ja viime vuosien ajan tilanteesta sekä kansallisten toimijoiden yhteistyöstä alla olevaa. Suomen Sosiaali- ja terveysministeriössä on kansallisen sote-uudistuksen yhteydessä käynnistetty vuonna 2015 työryhmiä miettimään sote-uudistuksen vaatimia mittareita, mutta ei tiettävästi kansallisen järjestelmän ja prosessin perustamista mittareiden toteuttamiseksi, valvomiseksi, määrittelemiseksi ja koordinoimiseksi jatkuvaluonteisena toimintana. STM:öön on kuitenkin perustettu ohjausyksikkö, jonka tehtävälisälle mainitut toimenpiteet jatkossa mahdollisesti kuuluvat. STM ei virallisesta pyynnöstä huolimatta nimittänyt edustajaa hankkeen ohjausryhmään. THL ei osallistunut hanketyöhön suoraan projektiryhmässä, mutta nimitti edustajan hankkeen ohjausryhmään.

Ainoan koko Suomen kattavan terveyshyödyn seurantatutkimuksen, eli THL:n PERFECT-hankkeen, tuloksia on julkisesti saatavilla nykyään hyvinkin ajantasaisena tietona. Uusimmat tiedot koskevat viime vuotta, mutta tällä aikajänteellä saatavilla on tietoa vain kolmesta sairausryhmästä, eli aivoinfarktista, sepelvaltimotautikohtauksesta ja lonkkamurtumasta. Kaikki mainitut kohteet ovat luonteeltaan akuutin terveysongelman luonteisia, jolloin PERFECT-hankkeen tulokset eivät tuo apua esimerkiksi potilaan hoitopaikan valinnanvapauden tueksi.

Sairaanhoitopiirien osalta organisaation sisäisen sitoutumisen taso terveyshyödyn seurantaan on vaihtelevaa, mutta useimmissa tapauksissa potilaalle tuotetun hyödyn sekä toiminnan laadun seuranta nähdään mielenkiintoisena sekä tärkeänä kehityksen kohteena. Toisaalta järjestelmällistä laadunhallintatyötä tehdään henkilöstön puolelta useimmiten oman toiminnan ja työnkuvan päivittäisvaatimusten ohella.

Yhteistyö hankkeen vastuutahon FCG:n sekä Duodecimin, Sitran, yksityisen tuottajan Terveystalon ja mukana olleiden sairaanhoitopiirien kanssa toimi onnistuneesti. Samoin yhteistyö Kuntaliiton ja Suomen Lääkäriliiton kanssa toimi hyvin. Mainitut tahot ovat olleet motivoituneita kehittämään ja aikaansaamaan kansallisen tason vertailukelpoista terveyshyödyn seurantaa. Sitra ja FCG jatkoivat hankkeen ajan usean eri tason keskusteluita terveyshyödyn ja kansallisen sote-uudistuksen tavoitteista ja tulevista tarpeista. Terveyshyödyn mittaamisesta hoitokokonaisuuksittain käytiin keskusteluja esimerkiksi suhteessa Sitran palvelupakettien sisältöön.

Yliopistosairaaloiden toimesta on hankkeen aikana käynnistetty terveyshyödyn seurannan useassa erikoissairaanhoidon tautiryhmässä mahdollistava laaturekisterihanke. Sairaanhoitopiirien laaturekisterien sisällöt tulisi varmistaa yhtenäisiksi sekä sisältöjen vertailu mittaritietojen osalta saattaa julkiseksi, jos laaturekisterien avulla halutaan seurata tuotettuja terveyshyötyjä kansallisella tasolla. Tällä hetkellä laaturekisterien antaman tiedon julkistaminen lienee jokaisen niitä tilanneen sairaanhoitopiirin oman harkinnan varassa.

Sairaanhoitopiirien, kuntien ja yksityisen sektorin palvelutuottajien välillä terveyshyödyn mittareiden seuranta jatkuu riippuvaisena tahojen omista aloitteista kansallisen koordinaation ja kansallisten vaatimusten puuttuessa. Edelleenkin ei ole otettu kantaa siihen, kuka on vastuussa Suomessa terveyshyötyjen seurantarjestelmän toteutuksesta. Siten on myös epäselvää kuka vastaa terveyshyödyn seurannan ylläpitämisestä aiheutuvista kustannuksista – valtio, tuottajat vai rahoittajat.

Kattavaa terveyshyödyn vertailua ja tähän perustuvaa hoidon kehittämistä on edelleen vain rajatusti sekä hyvin harvoissa hoito- ja sairausryhmissä, esimerkiksi erikoissairaanhoidossa tehohoidon, tekonivelleikkausten, sepelvaltimotautikohtausten, reumahoidon ja aivoinfarktin hoidon osalta. Osittain kattavaa seurantaa on perusterveydenhuollossa, mm. diabeteksen terveyshyötyä koskien ainakin kahdessa maakunnassa julkisen toimijan johdolla sekä yhdessä yksityisen yrityksen perustamassa verkostossa.

Pelkästään erikoissairaanhoidon oman tuloksellisuuden seurantaan voidaan usein käyttää joko alueellisia toiminnassa olevia tai sairaanhoitopiiri- ja toimijakohtaisia järjestelmiä. Toisaalta osoittautui mittareiden määrittelyn ja tietopohjan muodostamisen alkuvaiheessa, että useimmat relevantit terveyshyödyn seurannan mittarit vaativat tietoja potilaan hoitoketjun kokonaisuudesta ja toisinaan muista tiedoista, mm. Kelan etuuksista.

Esitutkimuksen tulosten perusteella voitiin todeta, että osallistujatahoista Eksote ja osin Terveystalo onnistuivat ainoina toimijoina toteuttamaan kaikki priorisoidut terveyshyödyn mittarit ilman merkittäviä esteitä ja viiveitä. Erillisten hoitoa koskevien rekistereiden perustaminen on näiden mittareiden toteutukseen ollut myös tarpeetonta.

Eräänä johtopäätöksenä voidaan siis todeta, että Eksotea vastaava hallinnollinen maakuntamalli tukisi jo nykyisessä lainsäädännöllisessä sekä tietopohjien hajanaisuutta sisältävässä tilanteessa terveyshyödyn seurannan edellytysten toteutumista vähintään tyydyttävällä tasolla.

Kansallisista THL:n hallinnoimista järjestelmistä (HILMO, avoHILMO, SosiaaliHILMO), ei luovuteta tietoja päivittäisjohtamisen tarpeisiin ilman tutkimuslupaprosessia. Toisaalta terveyshyödyn seurannassa palvelujärjestelmän tilaajien ja tuottajien johtamisen tarpeisiin ei ole kyse tutkimuksesta, jolloin tutkimuslupien edellyttäminen on kyseenalaista. Kansalliset tietovarannot eivät näiltä osin siis nykytilanteessa ole palvelutuottajien, rahoittajien eivätkä potilaiden käytössä järjestelmällistä terveyshyödyn seurantaa varten.

Suomesta näin ollen puuttuu hankkeen esitutkimuksen päättyessä edelleen kansallisesti terveyshyödyn seurannan yhteisiä vaatimuksia, koordinaatiota ja toteutusta hoitava taho, sekä merkittävä määrä muita edellytyksiä terveyshyödyn seurannan toteuttamiseksi. Valmiudet toteuttaa terveyshyödyn seurantaa vaihtelevat merkittävästi eri maakuntien sekä eri lääketieteellisten erikoisalojen välillä, riippuen kunkin alueen ja erikoisalan sisäisestä aloitteellisuudesta terveyshyödyn seurannan käynnistämistä kohtaan.

10.3. KANSALLINEN VASTUUTAHO TERVEYSHYÖDYN SEURANTAAN

Tilanteen jatkuessa ja edetessä kuvatus kaltaisena on todennäköistä, että ajan myötä on entistä vaikeampaa saattaa terveyshyödyn seurannan komponentteja ja tuottajatahoilla eteneviä omia aloitteita yhtenäiseen kansalliseen suuntaan. Tällä hetkellä vallitseva alueellisesti sekä lääketieteellisten erikoisalojen välillä vallitseva epätasa-arvoinen tilanne Suomessa ei ole perusteltu eikä hyväksyttävä potilaan valinnan vapauden, hoidon tasalaatuisuuden ja kustannustehokkuuden varmistamisen, eikä potilaan hoitosuosituksen mukaisen hoidon toteutumisen kannalta.

Kansallisten toimielinten ja poliitikkojen tulisi, hankkeen havaintoihin nojaten, perustaa viipymättä Suomeen vastuutaho, tai verkostomainen projektiluonteinen kokonaisuus, terveyshyödyn kansallisesti vertailukelpoisen seurannan suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi. Järjestelmän käynnistämisen apuna voitaisiin käyttää runsaita kansainvälisiä kokemuksia vastaavanlaisten järjestelmien toiminnasta. Suomessa terveyshyödyn seurannasta sekä siihen perustuvasta järjestelmällisestä hoidon ja hoivan kehittämisestä kiinnostuneiden eri tahojen aloitteet vaativat kansallista koordinaatiota, ja nykyiset toimenpiteet koordinaation järjestämiseksi ovat riittämättömiä.

Toisin sanoen Suomesta puuttuu taho, joka edellyttäisi ja edistäisi alueellisesti standardoitujen hoitokokonaisuuskohtaisten terveyshyötyä kuvaavien mittareiden tuotantoa yhtenäisessä muodossa. Terveyshyödyn seurannan toteutuminen ja tietojen hyödyntäminen vaativat mittareiden määrittelyn lisäksi lukuisten eri edellytysten, kuten tietojen yhdistämismenetelmien, validiteetin, organisoinnin, rahoituksen, tietojen avoimuuden, ym. varmistamista. Osin tämän puutteen selittää se, että Suomen terveydenhuoltoa on johdettu tähän asti ilman läpinäkyvää poliittista vastuuta yhtäaikaaisesti palvelujen kokonaiskustannuksista ja niiden tuottamista terveyshyödyistä. Tässä esitutkimuksessa osoitettiin, etteivät mitkään valvovat tahot, kuten kuntien tarkastuslautakunnatkaan, ole kyseenalaistaneet luottamushenkilöiden tai johtavien viranhaltijoiden toimintaa koskien terveystalvelujen laatua. Samoin huomiota ei ole kiinnitetty huonon laadun tuloksena toteutuneen tarpeettomasti toistuneen hoidon potilaskohtaisiin kokonaiskustannuksiin.

Niin kauan kuin julkisia terveyshyödyn mittareita ei ole käytettävissä, keskustelu suomalaisen terveydenhuollon laadusta käydään pääosin median johdolla. Toisinaan nousee esille laadunhallinnan pettämisen vuoksi tapahtuneita yksittäistapauksia, jotka korostavat satunnaisia tai jopa marginaalisia terveydenhuoltomme ilmiöitä. Mittakaavaltaan suurimmat ja toistuvat laadunhallinnan ongelmat Suomen terveydenhuollossa ovat kuitenkin voitettavissa vain systemaattiseen tutkimukseen, laadunhallintaan ja terveyshyödyn seurantaan perustuen.

Utilis Sanitas -hankkeen esimerkkejä terveyshyödyn mittareiden valinnassa, määrittelyssä, karsinnassa, kehittämisessä, toteutuksessa sekä raportoinnissa voitaisiin soveltaa sellaisenaan kansallisen toimijan toiminnan käynnistämiseksi. Kansallisen vastuutahon sekä koordinaattorin puuttuessa, esitämme eräänä etenemismahdollisuutena Utilis Sanitas -esitutkimukselle jatkohanketta, joka simuloi ja valmistelee kansallisen koordinaattorin toimintaa sekä edistää terveyshyödyn seurannan edellytysten toteutumista hankkeeseen vapaaehtoisesti sitoutuvien tahojen kesken. Väliaikainen koordinaatio terveyshyödyn seurantaan tarvitaan, kunnes kansallinen vastuutaho on nimetty koordinoimaan terveyshyödyn seurannan käynnistämistä ja sote-uudistuksessa mahdollisesti käynnistettävä kansallinen seurantajärjestelmä valmistuu.

Toinen vaihtoehto on kansallinen toimeksianto, jonka tarkoituksena on selvittää terveyshyödyn seurantajärjestelmän käynnistämistä nykyisten eri toimijoiden vahvuuksien perusteella. Tarkoitus tällöin olisi selvittää yksityiskohtaisemmin, mitkä olisivat järjestelmän organisoinnin vaihtoehdot. Lisäksi tulisi laatia tarkempi näkemys siitä, mikä voisi olla kunkin terveyshyödyn seurantaan mahdollisesti kontribuoivan tahon, kuten THL:n, Kelan tai yksityisten toimijoiden täsmällinen rooli eri terveyshyödyn seurantajärjestelmän organisointivaihtoehdoissa.

Ellei kansallisen vastuutahon nimittäminen terveyshyödyn seurannan organisoimiseksi ole nykytilanteessa maassamme mahdollista, tulisi valtiiovallan vähintään edistää kansallisten rekisteriemme sekä tietoteknisen osaamisen käyttöä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmämme laadunhallinnan avuksi. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmämme suurin ongelma tällä hetkellä on järjestelmällisen laadunhallinnan puuttuminen lähes kaikilta toiminnan tasoilta, ja tämän ongelman ratkaisussa terveyshyödyn seurannan käynnistäminen olisi tärkeä ensiaskele.

Lähteet

- Haenszel W.A. 1950. Standardized Rate of Mortality Defined in Units of Lost Years of Life. *JAMA*. Vol 40, ss. 17-26.
- Ilanne-Parikka P., Rönnemaa T., Saha M. ja Sane T. (toim.). 2011. Diabetes. Kustannus Oy Duodecim. 544 s.
- Porter, M.E., Larsson, S. ja Lee T.H. 2016. Standardizing Patient Outcomes Measurement. *N Engl J Med*. Vol 374, ss. 504-506. Luettu 8.6.2016. [<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1511701>]
- Pöysti, T., Niiranen, A. ja Haveri, A. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelu. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja ja muistioita 2015:36.
- Sintonen, H. 1999. Vaikuttavuus ja terveyshyöty. *Lääkäri ja laatu*, ss. 124-129. Kirjasarja, Suomen Lääkäriliitto.
- Sintonen, H. & Pekurinen, M. 2006. *Terveystaloustiede*.
- Sveriges kommuner och landsting. Öppna jämförelser 2015. [<http://www.socialstyrelsen.se/opnajokforelser>] Luettu 8.6.2016.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. PERFECT: PERFORMANCE, Effectiveness and Cost of Treatment episodes. Hoitoketjun toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset [<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/PERFECT/>] Luettu 19.11.2017.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017b. Sairaaloiden toiminta ja tuottavuus (Benchmarking). [<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/sairaaloiden-toiminta-ja-tuottavuus/raportointi/alustavat-tiedot>] Luettu 19.11.2017.
- Vining A.R. ja Weimer D.L. 1988. Information asymmetry favoring sellers: A policy framework. *Policy Sciences*. Vol. 21, ss. 281-303.
- Vohlonen I. 1997. Managing Market Failure and Preventing Government Failure: A study of policy solutions in finance, production and administration of Finnish health care. Helsinki School of Economics and Business Administration. Series B-3. Helsinki.
- Weimer D.L. ja Vining A.R. 1989. *Policy analysis: Concepts and Practice*. Prentice Hall. New Jersey.

Liite 1. Utilis Sanitas -hankkeen mittareiden kuvaukset

AIVOINFARKTI – MITTARI 1. KUOLLEISUUS ENSIMMÄISEN AIVOINFARKTIN JÄLKEEN

Mittari

Osuus ensimmäisistä aivoinfarktitapauksista, joissa potilasta hoidettiin sairaalassa, ja joissa potilas menehtyi mittausajanjaksolla (28 päivää, 90 päivää tai 365 päivää). Mittausvuosi 2013 koko vuoden luvulle ja 2014 lyhyemmille aikaväleille. Joukosta on suljettu pois potilaat, joilla on merkintä aiemmasta aivohalvauksesta neljältä edeltävältä vuodelta. Alueellinen mittari.

Kuvaus ja tarkoitus

Yhden kuukauden (28 päivää), kolmen kuukauden (90 päivää) ja yhden vuoden (365 päivää) kuolleisuus sairaalassa hoidettujen ensimmäisten aivoinfarktitapausten joukossa. Vain ne aivoinfarktipotilaat, joilla ei ole tapahtumahetkeä edeltäneiltä neljältä vuodelta merkintää aiemmasta aivoinfarktista, huomioidaan laskennassa. Mukaan lasketaan aivoverenvuodot, aivoinfarktit ja määrittelemättömät aivohalvaukset. Mittarin tarkoitus on mitata sairaalan aivoinfarktin akuutin hoitovaiheen laatua sekä alueellisessa hoitoketjussa akuuttivaihetta seuraavan kuntoutuksen ja tuen sekä sekundaariprevention onnistumista. Eri mittausaikaväleillä mittarin fokus painottuu eri tavalla. Lyhyemmässä mittausajassa ensi- ja sairaalahoidossa onnistumisen merkitys painottuu, ja keskipitkällä aikavälillä kuntoutuksen ja jatkuvan seurannan osuus, sekä pitkällä ajalla elämäntapamuutosten sekä muiden sekundääripreventiivisten toimenpiteiden vaikutukset. Kuolintapaukset sairaalassa hoidetun ensimmäisen aivoinfarktin jälkeen rekisteröidään väestörekisteristä riippumatta merkatusta kuolinsyystä.

Indikaattorin tyyppi

Outcome-indikaattori

Tekninen kuvaus

Ensimmäisen aivoinfarktin jälkeen mittausajanjaksolla menehtyneiden potilaiden osuus, vakioimaton luku sekä vakiointi iän ja sukupuolen mukaan. Maantieteellisesti luku on jaoteltu sairaanhoitopiireittäin.

Diagnoosi *Diagnoosikoodi ICD-10*

Aivoinfarkti I61, I63, I64

Osoittaja: Mittausajankohdan sairaalassa hoidetut ensimmäiset aivoinfarktitapaukset, joissa potilas menehtyi seuranta-ajan (päivinä 0-27, 0-89 ja 0-364) sisällä aivoinfarktista.

Nimittäjä: Mittausajankohdan ensimmäiset sairaalassa hoidetut aivoinfarktitapaukset yhteensä.

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttujat)

Sairaanhoitopiirien HILMO-rekisteri: Henkilötunniste, hoitajaksojen alkamispäivät, päättymispäivät sekä ICD-10 diagnoosit mittausvuodelta sekä neljältä edeltävältä vuodelta, potilaan ikä ja sukupuoli. Väestörekisteri: Alueen henkilöiden kuolinpäivät mittausvuodelta ja sitä seuraavalta sekä henkilötunniste yhtenäisesti salattuna HILMO-aineiston kanssa.

Virhelähteet

Mahdolliset puuttuvat diagnoosikirjaukset liittyen aivoinfarktien ICD-10 diagnooseihin sairaaloissa, sekä kirjauskäytäntöjen eroavaisuudet sairaaloiden kesken. Koska mittari tarkastelee vain sairaalassa hoidettuja aivoinfarkteja, jää ensihoitojärjestelmän toimivuuden sekä väestön aivoinfarktia edeltävän terveydentilan vaikutukset mittarin antaman informaation ulkopuolelle.

AIVOINFARKTI – MITTARI 2. KOTONA ASUVIEN MÄÄRÄ 3 KUUKAUTTA AIVOINFARKTIN JÄLKEEN

Mittari

Osuus ensimmäisistä aivoinfarktitapauksista, joissa potilasta hoidettiin sairaalassa, ja joissa potilas asui kotonaan 3 kuukautta aivoinfarktin jälkeen. Mittausvuosi 2014. Joukosta on suljettu pois potilaat, joilla on merkintä aiemmasta aivohalvauksesta neljältä edeltävältä vuodelta. Alueellinen mittari.

Kuvaus ja tarkoitus

Niiden potilaiden osuus, jotka ensimmäisen sairaalassa hoidetun aivoinfarktin jälkeen kolmen kuukauden (90 päivää) kuluttua asuvat kotonaan. Mittariin ei selvitetä kotona selviytymistä tukevien toimenpiteiden määrää tai laatua. Samoin mittaria varten ei ole selvitetty aivoinfarktia edeltävää asumismuotoa. Näin ollen mittari antaa vain karkean kuvan aivoinfarktin hoitoa, kuntoutusta ja sen jälkeistä päivittäistä tukea koskevan terveystalvotijärjestelmän toimivuudesta kokonaisuutena. Kuolintapaukset kolmen kuukauden sisällä ensimmäisestä aivoinfarktista huomioidaan laskennassa siten, etteivät ne vaikuta tämän mittarin tulokseen.

Indikaattorin tyyppi

Outcome-indikaattori

Tekninen kuvaus

Kolme kuukautta ensimmäisen aivoinfarktin jälkeen kotona asuvien osuus kaikista ensimmäisistä sairaalassa hoidetuista aivoinfarkteista, vakioimaton luku sekä vakiointi iän ja sukupuolen mukaan. Maantieteellisesti luku on jaoteltu sairaanhoitopiirialueen mukaan.

Diagnoosi *Diagnoosikoodi ICD-10*

Aivoinfarkti I61, I63, I64

Osoittaja: Mittausajankohdan sairaalassa hoidetut ensimmäiset aivoinfarktitapaukset, joiden jälkeen seuranta-ajankohtana (päivänä nro 89), potilas voitiin todeta asuvan kotonaan.

Nimittäjä: Mittausajankohdan ensimmäiset sairaalassa hoidetut aivoinfarktitapaukset yhteensä.

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttujat)

Sairaanhoitopiirien HILMO-rekisteri: Henkilötunniste, hoitajaksojen alkamispäivät, päättymispäivät sekä ICD-10 diagnoosit mittausvuodelta sekä neljältä edeltävältä vuodelta, sekä potilaan ikä ja sukupuoli.

Väestörekisteri: Alueen henkilöiden kuolinpäivät mittausvuodelta ja sitä seuraavalta sekä henkilötunniste yhtenäisesti salattuna HILMO-aineiston kanssa.

Terveyskeskukset ja hoivayksiköt: Asiakkaiden sisään- ja uloskirjoituspäivät vuodeosastoilta, vanhainkodeista ja ympärivuorokautisista asumisyksiköistä. Henkilötunniste yhtenäisesti salattuna.

Virhelähteet

Ellei suoraa menetelmää kotona asumisen määrittämiseksi ole, selvitetään kotona asuvat poissulkumenetelmällä sulkien pois alueellisesti muut tyyppilliset asumisvaihtoehdot, kuten vanhainkoti, laitoshoido, terveyskeskuksen vuodeosastohoido sekä ympärivuorokautisesti tuettu asuminen. Mittariin ei selvitetä kotona selviytymistä tukevien toimenpiteiden määrää tai tyyppiä, jolloin erot näiden tarjottavien palveluiden määrässä eri alueilla voivat vaikuttaa mittarin vertailukelpoisuuteen. Samoin mittaria varten ei ole selvitetty aivoinfarktia edeltävää asumismuotoa.

AIVOINFARKTI – MITTARI 3. AIVOINFARKTIN UUSIUTUMINEN 1 VUODEN KULUESSA

Mittari

Osuus ensimmäisistä aivoinfarktitapauksista, joita hoidettiin mittauksen kohteena olevassa sairaalassa, ja joissa potilas palasi sairaalahoitoon hoitajaksoille aivoinfarktin vuoksi 365 päivän seuranta-ajanjaksolla. Mittausvuosi 2013. Joukosta on suljettu pois potilaat, joilla on merkintä aiemmasta aivohalvauksesta neljältä edeltävältä vuodelta. Alueellinen mittari.

Kuvaus ja tarkoitus

Aivoinfarktin uusiutuminen 365 päivän ajanjaksolla sairaalassa hoidettujen ensimmäisten aivoinfarktitapausten joukossa. Mukaan lasketaan aivoverenvuodot, aivoinfarktit, määrittelemättömät aivohalvaukset sekä aivoinfarktien myöhäiset sivuvaikutukset päädiagnoosina. Paluu sairaalahoitoon (uusiutuminen) lasketaan potilaskohtaisesti vain kerran.

Mittarin tarkoitus on mitata lähinnä alueellisessa hoitoketjussa akuuttivaihetta seuraavan kuntoutuksen ja tuen sekä sekundaariprevention onnistumista. Kuolintapaukset vuoden sisällä ensimmäisestä aivoinfarktista eliminoidaan aineistosta siten, etteivät ne vaikuta tämän mittarin toteumaan.

Kuolintapaukset sairaalassa hoidetun ensimmäisen aivoinfarktin jälkeen rekisteröidään väestörekisteristä riippumatta merkatusta kuolinsyystä. Kuolinsyyrekisterin ja siitä löytyvän kuolinsyyn seuranta ei toisin sanoen toteuteta. Tästä johtuen mittarista jää pois ne potilaat, jotka ovat menehtyneet aivoinfarktiin ennen sairaalaan saapumista tai joita ei muusta syystä hoidettu sairaalassa aivoinfarktista riippumatta.

Indikaattorin tyyppi

Outcome-indikaattori

Tekninen kuvaus

Ensimmäisen aivoinfarktin jälkeisten uusiutuneiden aivoinfarktien osuus kaikista, vakioimaton luku sekä vakiointi iän ja sukupuolen mukaan. Maantieteellisesti luku on jaoteltu sairaanhoitopiirialueen mukaan.

Diagnoosi *Diagnoosikoodi ICD-10*

Aivoinfarkti I61, I63, I64, I69

Osoittaja: Mittausajankohdan sairaalassa hoidetut ensimmäiset aivoinfarktitapaukset, joissa uusi sairaala-aineistosta todettu aivoinfarkti ilmaantui ja sitä hoidettiin sairaalassa päivinä 0-364 ensimmäisestä aivoinfarktista.

Nimittäjä: Mittausajankohdan ensimmäiset sairaalassa hoidetut aivoinfarktitapaukset yhteensä.

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttajat)

Sairaanhoitopiirien HILMO-aineistot: Henkilötunniste, hoitajakson alkamispäivät, päättymispäivät sekä ICD-10 diagnoosit mittausvuodelta sekä neljältä edeltävältä vuodelta, potilaan ikä ja sukupuoli. Väestörekisteri: Alueen henkilöiden kuolinpäivät mittausvuodelta ja sitä seuraavalta sekä henkilötunniste yhtenäisesti salattuna HILMO-aineiston kanssa.

Virhelähteet

Mahdolliset puuttuvat diagnoosikirjaukset liittyen aivoinfarktien ICD-10 diagnooseihin sairaaloissa, sekä kirjauskäytäntöjen eroavaisuudet sairaaloiden kesken. Koska mittari keskittyy vain sairaalassa hoidettuihin aivoinfarkteihin, jää ensihoitojärjestelmän toimivuuden sekä väestön aivoinfarktia edeltävän terveydentilan vaikutukset mittarin ulkopuolelle. Alueellisen mittarin ollessa kyseessä, muissa sairaaloissa kuin alkuperäisessä hoitopaikassa hoidetut uusintatapaukset eivät rekisteröidy.

AIVOINFARKTI – MITTARI 4. LIUOTUSHOIDON TOTEUTUMINEN

Mittari

Osuus sairaalassa hoidetuista ensimmäisistä aivoinfarktitaapauksista, joille annettiin liuotushoitoa aivoinfarktin hoitona. Mittausvuosi 2014. Mittarin laskennassa huomioidaan vain 18–80-vuotiaat potilaat. Sairaalakohmainen mittari.

Kuvaus ja tarkoitus

Mittari osoittaa niiden potilaiden osuuden, jotka saivat aivoinfarktin hoitona liuotushoitoa. Potilasryhmä on rajattu diagnoosin mukaan, että aivohalvauspotilaista vain iskeemiset aivoinfarktitaapaukset huomioidaan (I63). Vain ne aivoinfarktipotilaat, joilla ei ole tapahtumahetkeä edeltäneiltä neljältä vuodelta merkintää aiemmasta aivoinfarktista, huomioidaan laskennassa. Mittarin tarkoitus on mitata aivoinfarktin liuotushoitoon liittyvän prosessin kattavuutta kohdesairaalassa.

Indikaattorin tyyppi

Prosessi-indikaattori

Tekninen kuvaus

Liuotushoitoa aivoinfarktin hoitona saaneiden sekä kotoa saapuneiden potilaiden osuus niistä ensimmäisistä sairaalassa hoidetuista aivoinfarkteista, joissa on tähän hoitomuotoon soveltuva diagnoosi (Iskeeminen aivoinfarkti I63). Vakioimaton luku sekä vakiointi iän ja sukupuolen mukaan. Maantieteellisesti luku on jaoteltu sairaanhoitopiirialueen mukaan. Joukosta on suljettu pois potilaat, joilla on merkintä aiemmasta aivohalvauksesta neljältä edeltävältä vuodelta.

Diagnoosi *Diagnoosikoodi ICD-10*

Aivoinfarkti I63

Toimenpide *Toimenpidekoodi*

Liuotushoito AAL10, PH4ST, PA2ST

Osoittaja: Mittausajankohdan ensimmäiset kotoa saapuneet ja sairaalassa hoidetut aivoinfarktitaapaukset yhteensä, joiden hoitona potilas sai liuotushoitoa.

Nimittäjä: Mittausajankohdan ensimmäiset kotoa saapuneet ja sairaalassa hoidetut aivoinfarktitaapaukset yhteensä.

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttujat)

Sairaanhoitopiirien HILMO-aineistot: Henkilötunniste, hoitjakson alkamispäivät, päättymispäivät sekä ICD-10 diagnoosit ja toimenpiteet mittausvuodelta sekä neljältä edeltävältä vuodelta. Potilaan ikä ja sukupuoli.

Väestörekisteri: Alueen henkilöiden kuolinpäivät mittausvuodelta sekä henkilötunniste yhtenäisesti salattuna HILMO-aineiston kanssa.

Virhelähteet

Mahdolliset puuttuvat diagnoosikirjaukset liittyen aivoinfarktien ICD-10 diagnooseihin sairaaloissa, sekä kirjauskäytäntöjen eroavaisuudet sairaaloiden kesken. Samoin liuotushoidon toimenpiteen oletettavasti usein puuttuvat kirjaustiedot sairaaloissa. Ellei liuotushoidon toimenpiteitä ole rutiininomaisesti kirjattu HILMO-aineistoon, toteutetaan erilliskysely, jossa selvitetään sairaanhoitopiiriakohtaisesti liuotushoitoa saaneiden aivoinfarktipotilaiden määrä.

AIVOINFARKTI – MITTARI 5. UUSIEN AIVOINFARKTIEN ILMAANTUVUUS

Mittari

Aivoinfarktin ilmaantuvuus sairaalahoidossa, eli sairaalassa hoidettujen ensimmäisten aivoinfarktipotilaiden määrä mittausvuotena sairaanhoitopiirin alueen 100.000 asukasta kohti. Mittausvuosi 2014. Vain yli 18-vuotiaat potilaat huomioidaan laskennassa. Alueellinen mittari.

Kuvaus ja tarkoitus

Aivoinfarktin ilmaantuvuus sairaalahoidossa, eli sairaalassa hoidettujen ensimmäisten aivoinfarktipotilaiden määrä vuodessa sairaanhoitopiirin alueen 100.000 asukasta kohti.

Mittarin tarkoitus on mitata aivoinfarktin primääripreventiivisten toimien onnistumista alueellisesti. Mittarin tulokseen sekoittuu myös väestön yleisen terveydentilan kuva, sekä mahdolliset väestön alueelliset erot aivoinfarktille alttiudessa. Mittari tukee alueellisten preventiivisten toimenpiteiden tuloksellisuuden seurantaa sekä antaa karkean vertailupohjan alueiden välisen tilanteen eroavaisuuksien tarkastelulle.

Indikaattorin tyyppi

Outcome-indikaattori

Tekninen kuvaus

Mittausvuonna sairaalassa hoidetut ensimmäiset aivoinfarktitapaukset suhteessa alueen väestöpohjaan. Vakioimaton luku sekä vakiointi iän ja sukupuolen mukaan. Maantieteellisesti luku on jaoteltu sairaanhoitopiirialueen mukaan. Joukosta on suljettu pois potilaat, joilla on merkintä aiemmasta aivohalvauksesta neljältä edeltävältä vuodelta.

Diagnoosi *Diagnoosikoodi ICD-10*

Aivoinfarkti I61, I63, I64

Osoittaja: Mittausvuonna tarkastelualueella sairaalassa hoidetut ensimmäiset aivoinfarktitapaukset

Nimittäjä: Alueen väestömäärä / 100.000

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttujat)

Sairanhoitopiirien HILMO-rekisteri: Henkilötunniste, hoitajakson alkamispäivät sekä ICD-10 diagnoosit mittausvuodelta sekä neljältä edeltävältä vuodelta, sekä potilaan ikä ja sukupuoli.

Väestötiedot esim. Sotkanet, Tilastokeskus.

Virhelähteet

Mahdolliset puuttuvat diagnoosikirjaukset liittyen aivoinfarktien ICD-10 diagnooseihin sairaaloissa, sekä kirjauskäytäntöjen eroavaisuudet sairaaloiden kesken. Koska mittari keskittyy vain sairaalassa hoidettuihin aivoinfarkteihin, jää ilmaantuvuusmittarin ulkopuolelle ne potilaat, joiden aivoinfarktia ei hoidettu sairaalassa, esimerkiksi ennen hoitoon pääsyä aivoinfarktin vuoksi menehtyneet. Mittariin sekoittuu myös väestön yleisen terveydentilan kuva, sekä väestöjen mahdolliset luontaiset alueelliset erot aivoinfarktille alttiudessa.

DEPRESSIO – MITTARI 1. POTILAIEN OIREETTOMUUS 6 JA 12 KUUKAUDEN KULUTTUA HOIDON ALUSTA

Mittari

Niiden depressiopotilaiden osuus, jotka ovat tulleet ensimmäistä kertaa depression vuoksi hoitoon kohdeorganisaatioihin mittausvuonna, ja joiden mielenterveysoireet MADRS, BDI, CORE, tms. mittarilla mitattuna voidaan 6 ja/tai 12 kuukauden ajan jälkeen todeta poistuneen, eli oiretason alittavan mittarikohtaisesti määritellyn raja-arvon. Tarkasteluvuosi 2014. Sairaala- ja toimipistekohtainen mittari. Kaikki ikäryhmät huomioidaan.

Kuvaus ja tarkoitus

Mittari kuvaa depressiopotilaiden oireiden vähenemistä hoidon ja lääkityksen myötä. Oireiden tason kuvaamista varten on käytettävissä useita erilaisia oiremittarijärjestelmiä, mm. MADRS, BDI ja CORE. Jokaiselle näistä mittarijärjestelmistä voidaan määrittellä pisteytetyn kyselytuloksen raja-arvo, joka osoittaa, ovatko depression oireet merkitseviä ja potilaan päivittäistoimintaa haittaavia vai eivät. Mittarista muodostetaan siten binäärinen, jolloin jokaista depressiopotilasta kohdin määritellään, onko potilas kuuden kuukauden kuluttua oireeton vai ei, eli ovatko oireet toteutetun kyselyn mukaan hallinnassa ja henkilö siten toimintakykyinen. Mittarin laskennassa huomioidaan potilaat, joille on annettu ko. vuotena ICD-10 luokittelun mukainen F32 tai F33 diagnoosi.

Indikaattorin tyyppi

Outcome-indikaattori

Tekninen kuvaus

Mittausvuonna tarkasteltavassa toimipisteessä hoidetut ensimmäistä kertaa depression vuoksi hoitoon tulleet potilaat, joilla depressio on 6 tai 12 kuukautta ensidiagnoosin jälkeen oireiltaan kyselykohtaisen oireettomuuden raja-arvon alittava. Lukua tarkastellaan sairaanhoitopiirin tai yksityisen toimijan toimiyksikön mukaan. Mittarin tulokset jaotellaan diagnoosiryhmittäin F32-F33 päädiagnoosiryhmien sisäisesti. Laskennasta suljetaan pois F32-ryhmästä potilaat, joilla on aiempi F32-F33 diagnoosi edeltävällä neljällä vuodella. Lisäksi F33-ryhmästä suljetaan pois he, joilla on merkintä toistuvasta depressiosta edeltävän vuoden ajalta.

Diagnoosi *Diagnoosikoodi ICD-10*

Depressio F32, F33

Mittari ja pistearvo oireettomuudelle

BDI 0-12 MADRS 0-14 CORE 1-20

Osoittaja: Ensimmäistä kertaa mittausvuonna hoitoon tulleiden depressiopotilaiden määrä, joilla oireet ovat 6 tai 12 kuukauden päästä ensidiagnoosista mittarikohtaisen raja-arvon alittavat.

Nimittäjä: Mittausvuonna ensimmäistä kertaa hoitoon tulleet depressiopotilaat yhteensä.

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttujat)

Sairaanhoitopiirien/toimiyksikön HILMO-rekisteri: Henkilötunniste salattuna, hoitojakson ja käyntien alkamispäivät sekä päättymispäivät. ICD-10 diagnoosit mittausvuodelta sekä neljältä edeltävältä vuodelta, sekä potilaan ikä ja sukupuoli. Sairaanhoitopiireissä/toimiyksikössä toteutettavat erilliskyselyt hoidon alun yhteydessä sekä 6kk/12kk hoidon alun jälkeen: kyselyjen pistearvot.

Virhelähteet

Mahdolliset puuttuvat diagnoosikirjaukset liittyen ICD-10 diagnooseihin sairaaloissa, sekä kirjauskäytäntöjen eroavaisuudet sairaaloiden kesken. Eri sairaaloissa käytettävät eri oiremittarit, sekä niiden käyttökokemuksen taso, vaikuttavat tuloksiin.

DEPRESSIO – MITTARI 2. TYÖKYVYTTÖMIEN DEPRESSIOPOTILAIDEN OSUUS

Mittari

Niiden henkilöiden määrä kaikista sairaanhoitopiirin tai yksityisen toimijan depressiopotilaiden joukosta, jotka ovat tarkasteluvuoden aikana olleet joko työkyvyttömyyseläkkeellä, sairauslomalla yli 30 vuorokautta, kuntoutustuella, tai osatyökyvyttömyyseläkkeellä. Tarkasteluvuosi 2014. Sairaala- ja toimipistekohtainen sekä alueellinen mittari erikseen laskettuina.

Kuvaus ja tarkoitus

Mittari kuvaa sairaanhoitopiirissä tai yksityisellä toimijalla hoidossa olevien depressiopotilaiden toiminta- ja työkykyä läpileikkauksena yhden vuoden aikana. Mittari rajataan 18–65 –vuotiaisiin. Potilas katsotaan olleen hoidossa kyseisessä organisaatiossa, jos hänellä on ainakin yksi F32-F33 diagnoosi asetettu ko. organisaatiossa tarkasteluvuonna. Lisäksi lasketaan mittariluku erikseen alueen koko väestöpohjaan suhteutettuna.

Indikaattorin tyyppi

Outcome-indikaattori

Tekninen kuvaus

Kohdeorganisaation tai –alueen mittausvuonna (osa)työkyvyttömyyseläkkeellä, pitkällä sairauslomalla tai kuntoutustuella mielenterveysystistä olleiden depressiopotilaiden määrä suhteessa kohdeorganisaation tai alueen kaikkien depressiopotilaiden määrään. Mittarin tulokset jaotellaan diagnosiryhmittäin F32-F33 päädiagnoosiryhmien (esim. F32.0) mukaan. Jos mahdollista, eli jos aineistossa on tarpeellinen määrä potilaita analyysin tekoa varten, tullaan tuloslukuja tarkastelemaan ikäryhmittäin esimerkiksi 10-vuotisikäryhmissä.

Diagnoosi *Diagnoosikoodi ICD-10*

Depressio F32, F33

Osoittaja: Niiden sairaanhoitopiirissä tai yksityisessä toimiyksikössä hoidossa olleiden depressiopotilaiden määrä, jotka ovat kalenterivuoden aikana olleet depression vuoksi (1) sairauslomalla yli 30 vrk, (2) kuntoutustuella, (3) osatyökyvyttömyyseläkkeellä tai (4) työkyvyttömyyseläkkeellä.

Nimittäjä: Mittausvuonna tarkasteltavassa sairaanhoitopiirissä tai yksikössä hoidossa olleiden depressiopotilaiden määrä yhteensä, eli ainakin yhden F32-F33 diagnoosin kyseisessä organisaatiossa kyseisenä vuonna saaneiden henkilöiden määrä.

Lisäksi eri lukuna lasketaan tulos siten, että osoittajana on sairaanhoitopiirin alueen koko henkilömäärä yllä määritellyin osoittajan kriteerein, ja nimittäjänä käytetään alueen koko väestömäärää.

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttujat)

Sairaanhoitopiirien/toimiyksikön HILMO-rekisteri: Henkilötunniste, hoitajaksojen ja käyntien alkamispäivät sekä päättymispäivät. ICD-10 diagnoosit mittausvuodelta, sekä potilaan ikä ja sukupuoli. Kela: henkilötunniste, ja tieto tarkasteluvuodelta, onko henkilö ollut mielenterveysystistä (osa)työkyvyttömyyseläkkeellä, kuntoutustuen piirissä, tai sairauslomalla yli 30vrk.

Virhelähteet

Mahdolliset puuttuvat diagnosikirjaukset liittyen ICD-10 diagnooseihin kohdeorganisaatioissa, sekä kirjauskäytäntöjen eroavaisuudet eri tahojen kesken. Poikkileikkauksena yhdeltä vuodelta tarkasteltaessa kahta eri muuttujaa, voi niiden välinen ajoitus, eli esimerkiksi Kelan päätöksentekoprosessin kesto aika kuntoutuksesta ja eläkkeistä, osoittautua merkittäväksi tarkasteltaessa vain viimeistä vuotta aikasarjasta.

DEPRESSIO – MITTARI 3. LÄÄKITYKSEN ALOITTAMINEN HOIDON ALKAESSA

Mittari

Niiden depressiopotilaiden osuus, jotka ovat tulleet ensimmäistä kertaa depression vuoksi hoitoon kohdeorganisaatioihin mittausvuonna, ja joilla depressiolääkitys on aloitettu, eli resepti määrätty, 8 viikon kuluessa ensimmäisestä depressiodiagnoosista. Mittausvuosi 2014. Sairaala- ja toimipistekohtainen mittari. Kaikki ikäryhmät huomioidaan.

Kuvaus ja tarkoitus

Mittari osoittaa niiden potilaiden osuuden, joille depressiolääkitys on määrätty tavoiteajan (8 viikkoa) kuluessa. Mittarin on tarkoitus kuvata depression hoitoon liittyvän prosessin järjestelmällisyyttä lääkehoidon osalta. Depression hoitoon liittyy monia muita näkökulmia, joista lääkityksen määrääminen on ainoastaan yksi, kuitenkin seurattavissa oleva hoitoprosessin asianmukaisen toteutumisen mittari. Lääkityksen määräämisen lisäksi esitetään seurattavaksi vähintään depressiokuntoutuksen toteutumista ja/tai suunniteltujen hoitokäyntien intensiteettiä.

Indikaattorin tyyppi

Prosessi-indikaattori

Tekninen kuvaus

Mittausvuonna tarkasteltavassa toimipisteessä tai sairaanhoitopiirissä hoidetut ensimmäistä kertaa depression vuoksi hoitoon tulleet potilaat, joilla depressiolääkityksen resepti on määrätty 8 viikon seuranta-aikana ensidiagnoosin jälkeen. Lukua tarkastellaan sairaanhoitopiirin tai yksityisen toimijan toimiyksikön mukaan. Laskennasta suljetaan pois F32-ryhmän tarkastelusta potilaat, joilla on aiempi F32-F33 diagnoosi edeltävällä neljällä vuodella. Lisäksi F33-ryhmän tarkastelusta suljetaan pois ne potilaat, joilla on merkintä toistuvasta depressiosta edeltävän vuoden ajalta. Mittarin tulokset jaotellaan diagnoosiryhmittäin F32-F33 päädiagnoosiryhmien (esim. F32.0) mukaan. Jos mahdollista, eli jos aineistossa on tarpeellinen määrä potilaita analyysin tekoa varten, tullaan tuloslukuja tarkastelemaan ikäryhmittäin.

<i>Diagnoosi</i>	<i>Diagnoosikoodi ICD-10</i>
Depressio	F32, F33
<i>Lääkitys</i>	<i>Koodi FIMEA ATC 2007</i>
Depressiolääkitys	N06

Osoittaja: Toimipisteeseen tai sairaanhoitopiiriin ensimmäistä kertaa hoitoon tulleiden depressiopotilaiden määrä, joilla depressiolääkitys määrätty 8 viikon kuluessa ensidiagnoosista.

Nimittäjä: Mittausvuonna ensimmäistä kertaa hoitoon tulleiden depressiopotilaiden määrä yhteensä.

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttujat)

Kohdeyksikköjen HILMO-aineistot: Henkilötunniste, hoitojakson alkamispäivät, päättymispäivät sekä ICD-10 diagnoosit ja toimenpiteet mittausvuodelta sekä neljältä edeltävältä vuodelta. Potilaan ikä ja sp.

Kohdeyksikköjen potilasrekisterit: Tieto depressiopotilaille määrättyistä resepteistä ja niiden asettamisen päivämäärät. Henkilötunniste.

Virhelähteet

Mahdolliset puuttuvat diagnoosikirjaukset liittyen depression ICD-10 diagnooseihin sairaaloissa, sekä kirjauskäytäntöjen eroavaisuudet sairaaloiden kesken. On erittäin tärkeää huomata, ettei depressiolääkityksen aloittamista koskevaa mittaria pidä yksinään pitää merkinä toimivasta tai toimimattomasta hoitoprosessista depressiota koskien. Lääkityksen toteutumismittarin kanssa rinnan seurattavaksi tiedoksi on esitetty vähintään kuntoutuksen toteutumista kuvaavaa mittaria.

DIABETES – MITTARI 1. DIABETESPOTILAIDEN HOITOTASAPAINO HbA1c-VERENSOKERIN MITTAUKSELLA

Mittari

Osuus tarkasteltavan toimijan 2. tyypin diabetespotilaista, joilla verensokeripitoisuus, eli HbA1c-arvo on alle 53mmol/mol. Tarkasteluvuosi 2014. Sairaanhoidopiirien alueellinen, ja yksityisen toimijan toimitusyksikkökohtainen mittari.

Kuvaus ja tarkoitus

Mittari osoittaa niiden tyypin 2. diabetespotilaiden osuuden kaikista tarkasteltavan sairaanhoidopiiriin tai toimitusyksikön diabetespotilaista, joilla viimeisin laboratoriomittaus on osoittanut verensokerin HbA1c-arvon olevan alle 53mmol/mol. Mittarin tarkoitus on kuvata erään 2. tyypin diabeteksen komplikaatioita aiheuttavan ilmiön, eli korkean verensokeriarvon, esiintymistä hoidettavassa väestössä. Kyseessä on siten välillinen terveyshyödyn mittari.

Indikaattorin tyyppi

Outcome-indikaattori

Tekninen kuvaus

Kohdeorganisaation niiden 2. tyypin diabetespotilaiden, eli ainakin yhden diabetesdiagnoosin mittausvuonna tai sitä edeltävänä vuonna ko. organisaatiossa saaneiden potilaiden määrä, joilla HbA1c-arvo alitti raja-arvon, suhteessa kaikkiin kohdevuonna tai sitä edeltävänä vuonna ko. organisaatiossa diabetesdiagnoosin saaneiden potilaiden määrään. Maantieteellisesti luku on jaoteltu sairaanhoidopiirialueen mukaan, ja jos mahdollista, eli jos aineistossa on tarpeellinen määrä potilaita analyysin tekoa varten, myös kuntakohtaisesti. Yksityisen toimijan (Suomen Terveystalo) tulokset jaotellaan toimitusyksiköittäin.

<i>Diagnoosi</i>	<i>Diagnoosikoodi ICD-10</i>
Diabetes	E11
<i>Laboratoriotesti</i>	<i>Arvo</i>
HbA1c-verensokeri	< 53 mmol/mol (7,0%)

Osoittaja: Mittausvuonna mittauksen kohteena olevassa organisaatiossa (tai sairaanhoidopiiriin/kunnan alueella) hoidossa olleiden 2. tyypin diabetespotilaiden määrä, joilla viimeisin saatavilla oleva laboratoriomittaus osoittaa HbA1c-arvon olleen pienempi kuin esitetty raja-arvo.

Nimittäjä: Mittausvuonna mittauksen kohteena olevassa organisaatiossa (tai sairaanhoidopiiriin/kunnan alueella) hoidossa olleiden 2. tyypin diabetespotilaiden määrä yhteensä.

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttujat)

Kohdeorganisaatioiden, eli sairaanhoidopiirien, yksityisen toimijan sekä sairaanhoidopiiriin jäsenkuntien HILMO- ja avoHILMO-aineistot: Henkilötunniste, hoitajakson alkamispäivät, päättymispäivät sekä ICD-10 diagnoosit ja toimenpiteet mittausvuodelta sekä edeltävältä vuodelta. Ikä ja sukupuoli. Sairaanhoidopiirien alueen laboratoriorekisterit: Viimeisimmän HbA1c-mittauksen tulos, lukuarvo. Henkilötunnus.

Virhelähteet

Mahdolliset puuttuvat diagnoosikirjaukset liittyen diabeteksen ICD-10 diagnooseihin hoitopaikoissa, sekä kirjauskäytäntöjen eroavaisuudet hoitopaikkojen kesken. Diabeteksen hoidossa tavoiteltava verensokeripitoisuuden arvo on vain yksi osa hyvän hoidon kokonaisuutta, jolloin kokonaiskuvan muodostamiseen tarvittaisiin mm. mittarituloksia kolesterolin, painoindeksin, tupakoinnin ym. saralta. Lisäksi eräissä tapauksissa 53mmol/mol tavoitearvo ei ole soveltuva, vaan esimerkiksi ikääntyneillä ihmisillä tavoitearvo on korkeampi. Tällöin mm. alueen ikäjakauma vaikuttaa mittariarvon tulkintaan.

DIABETES – MITTARI 2. VALTIMOTAUTIKUOLLEISUUS ALUEEN 2. TYYPIN DIABETESPOTILAILLA

Mittari

Mittari osoittaa valtimotautikuolleisuuden tason indeksilukuna tyypin 2. diabetespotilailla verrattuna kansalliseen standardiväestöön. Mittausvuosi 2013, tai 2014 uusimman kuolinsyyrekisterin vuoden mukaan. Alueellinen, kuntakohtainen ja toimipistekohtainen mittari. Myös yksityisen toimijan hoitovastuulla olevat tyypin 2. diabetespotilaiden osalta lasketaan lukuarvo.

Kuvaus ja tarkoitus

Mittari osoittaa 2. tyypin diabetespotilaiden valtimotautikuolleisuuden indeksilukuna suhteessa standardiväestöön. 2. tyypin diabetekseen liittyy noin kaksinkertainen riski kuolla valtimotaudeista johtuviin syihin. Ideaalitulanteessa diabeetikoiden valtimotautikuolleisuus olisi mahdollisimman lähellä standardiväestön vastaavaa lukua. Kyseessä on siten outcome-laadun indikaattori, joka kuvaa hoidon onnistumista diabetekseen liittyvien komplikaatioiden ja liitännäissairauksien hallinnassa siten, etteivät ne johda kasvaneeseen kuolleisuuteen diabeteksestä huolimatta.

Indikaattorin tyyppi

Outcome-indikaattori

Tekninen kuvaus

Indeksiluku, jossa lukuarvo 1 tarkoittaa yhtenevää kuolleisuutta 2. tyypin diabetesta sairastavien ja standardiväestön välillä. Suurempi luku kuin 1 tarkoittaa diabetesta sairastavien suurempaa kuolleisuutta kuin standardiväestössä. Maantieteellisesti luku on jaoteltu sairaanhoitopiirialueen mukaan, ja erillisenä lukuna yksityisen toimijan vastuulla olevista potilaista. Ikäryhmittäinen raportointi esimerkiksi 10-ikävuotisryhmissä.

Diagnoosi

Diabetes

Diagnoosikoodi ICD-10

E11

Kuolinsyy

Iskeemiset sydäntaudit

Kuolinsyykoodit

I20-I25

Aivoverisuonien sairaudet

I60-I69

Diabetes

E10-E14

Osoittaja: Mittausvuonna mittauksen kohteena olevassa organisaatiossa tai sairaanhoitopiirin/kunnan alueella hoidossa olleiden 2. tyypin diabetespotilaiden valtimotautikuolleisuus. Valtimotauteihin menehtyneitä 2. tyypin diabeetikkoja per 2. tyypin diabeetikoiden määrä alueella.

Nimittäjä: Standardiväestön valtimotautikuolleisuus, valtimotauteihin menehtyneitä per alueen väestömäärä.

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttujat)

Kuolinsyyrekisteri: Kuolinsyyt, kuolinpäivät ja henkilötunnisteet.

Sairaanhoitopiirien, yksityisen toimijan sekä alueen kuntien potilasrekisterit: Henkilötunniste, hoitajaksojen ja käyntien alkamispäivät, päättymispäivät sekä ICD-10 diagnoosit ja toimenpiteet mittausvuodelta sekä 7 edeltävältä vuodelta. Potilaan ikä ja sukupuoli.

Virhelähteet

Mahdolliset puuttuvat diagnoosikirjaukset liittyen ICD-10 diagnooseihin hoitopaikoissa, sekä kirjauksikäytäntöjen eroavaisuudet hoitopaikkojen kesken. Samoin kuolinsyyrekisteriin kirjattavat kuolinsyyt voivat toisinaan kirjautua tätä mittaria vääristäen, esimerkiksi keuhkokuumeeksi ikääntyneen ihmisen valtimotauteihin menehtymisen seurauksena.

Liite 2. Kuvaukset hankkeessa priorisoitujen mittareiden toteutuksesta

KOTONA ASUVIEN MÄÄRÄ 3 KUUKAUTTA AIVOINFARKTIN JÄLKEEN

Mittari

Osuus ensimmäisistä aivoinfarktitapauksista, joissa potilasta hoidettiin sairaalassa, ja joissa potilas asui kotonaan 3 kuukautta aivoinfarktin jälkeen. Mittausvuosi 2014. Joukosta on suljettu pois potilaat, joilla on merkintä aiemmasta aivohalvauksesta neljältä edeltävältä vuodelta. Alueellinen mittari.

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttujat)

Sairaanhoitopiirien HILMO-rekisteri: Henkilötunniste, hoitajaksojen alkamispäivät, päättymispäivät sekä ICD-10 diagnoosit mittausvuodelta sekä neljältä edeltävältä vuodelta, sekä potilaan ikä ja sukupuoli.

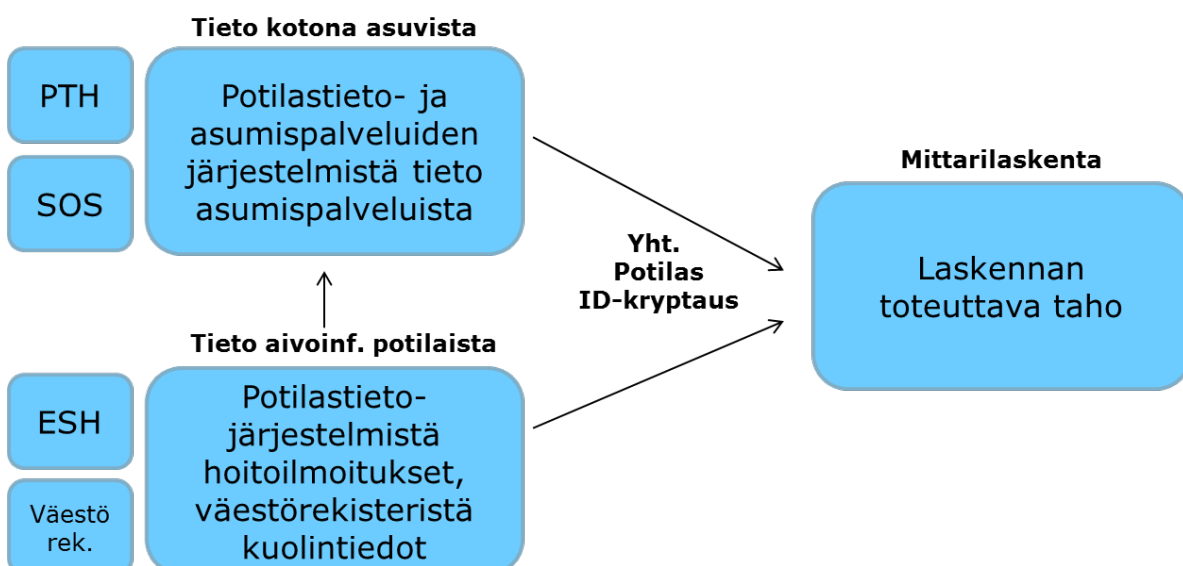
Väestörekisteri: Alueen henkilöiden kuolinpäivät mittausvuodelta ja sitä seuraavalta sekä henkilötunniste yhtenäisesti salattuna HILMO-aineiston kanssa.

Terveyskeskukset ja hoivayksiköt: Asiakkaiden sisään- ja uloskirjoituspäivät vuodeosastoilta, vanhainkodeista ja ympärivuorokautisista asumisyksiköistä. Henkilötunniste yhtenäisesti salattuna.

Menettelytapa

Mittaritietojen tietopohjien yhdistämiseksi on perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen asumispalveluista vastaavalle taholle/tahoille lähetettävä tiedoksi erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmistä poimitut potilastunnisteet niistä potilaista, joille ensimmäinen aivoinfarkti on sattunut tarkasteluvuoden aikana.

Kaikkien tahojen osalta, jotka tietoja yhdistävät, on käytettävä yhtenäistä potilastunnisteen salausta Salausmenetelmä ja -avain on oltava yhtenäiset ja etukäteen tietopoimintaa toteuttavien tahojen kesken sovittu, jolloin yksittäinen henkilötunniste koodautuu samaksi potilastunnisteeksi. Väestörekisterikeskuksen tietoja käytetään menehtymistapausten poissulkuun kotona asuvien osuuden laskennassa.



Kuva L2.1. Tarvittavat tietovirrat priorisoitavan mittarin toteutukseen: aivoinfarktin jälkeinen kotona asuminen.

DEPRESSIOPOTILAIDEN OIREETTOMUUS 6KK/12KK HOIDON ALOITAMISESTA

Mittari

Niiden depressiopotilaiden osuus, jotka ovat tulleet ensimmäistä kertaa depression vuoksi hoitoon kohdeorganisaatioihin mittausvuonna, ja joiden mielenterveysoireet MADRS, BDI, CORE, tms. mittarilla mitattuna voidaan 6 ja/tai 12 kuukauden ajan jälkeen todeta poistuneen, eli oiretason alittavan mittarikohtaisesti määritellyn raja-arvon. Tarkasteluvuodet 2013 (12kk) ja 2014 (6kk). Sairaala- ja toimipistekohtainen mittari. Kaikki ikäryhmät huomioidaan.

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttujat)

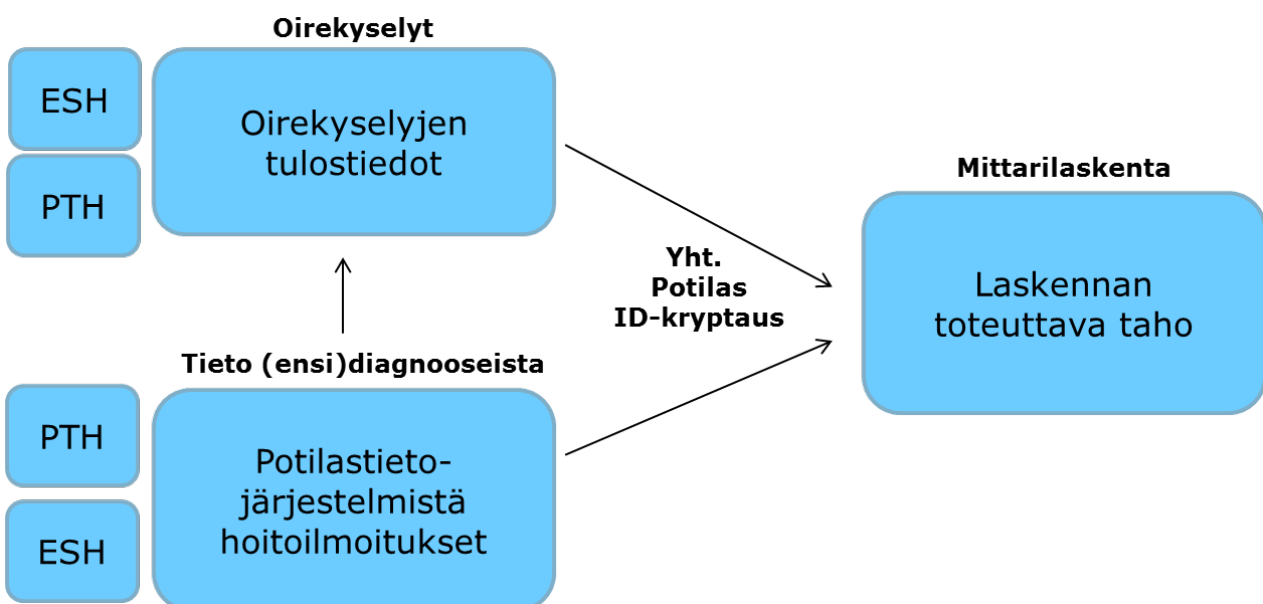
Sairaanhoitopiirien/toimiyksikön HILMO-rekisteri: Henkilötunniste salattuna, hoitojakson ja käyntien alkamispäivät sekä päättymispäivät. ICD-10 diagnoosit mittausvuodelta sekä neljältä edeltävältä vuodelta, sekä potilaan ikä ja sukupuoli. Sairaanhoitopiireissä/toimiyksikössä toteutettavat erilliskyselyt hoidon alun yhteydessä sekä 6kk/12kk hoidon alun jälkeen: kyselyjen pistearvot, liitettyinä henkilötunnisteeseen.

Menettelytapa

Mittarin toteuttamiseksi on tarpeen rajata diagnoositietojen perusteella tarkasteltavat potilaat (katso mittarikuvaus), ja tarkastella näiden potilaiden osalta ensimmäisen diagnoosin jälkeisiä oirekyselyiden rakenteisesti kirjattuja tulostietoja. Ellei kyselyitä ole kirjattu rakenteisesti, on mittaritiedon tuottaminen työlästä manuaalisella työllä.

Yksinkertaisimmillaan yksittäinen palvelutuottaja (esh, pth, yksityinen, ym) voi mitata omien potilaidensa oiretasoa seuratakseen suoraan vastuullaan olevien potilaiden toipumista. Toisaalta tarpeen ensidiagnoosin määrittelemiseksi paremmin voi olla yhdistää tietoja muiden palvelutuottajien osalta. Tällöin päädytään yllä olevan kuvan mukaiseen tilanteeseen, jossa palvelutuottajat lähettävät toisilleen/yhdelle laskennan vastuutaholle tiedot rajausehdon täyttävistä potilaista ja tämän jälkeen heidän oirekyselyidensä tuloksista.

Kaikkien tahojen osalta, jotka tietoja yhdistävät, on tällöin käytettävä yhtenäistä potilastunnisteen salausta Salausmenetelmä ja -avain on oltava yhtenäiset ja etukäteen tietopoimintaa toteuttavien tahojen kesken sovittu, jolloin yksittäinen henkilötunniste koodautuu samaksi potilastunnisteeksi.



Kuva L2.2. Tarvittavat tietovirrat priorisoitavan mittarin toteutukseen: depressiopotilaiden oireettomuus 6kk/12kk hoidon alusta.

DIABETESPOTILAIDEN HOITOTASAPAINO HbA1c-VERENSOKERIN MITTAUKSELLA

Mittari

Osuus tarkasteltavan toimijan 2. tyypin diabetespotilaista, joilla verensokeripitoisuus, eli HbA1c-arvo on alle 53mmol/mol. Tarkasteluvuosi 2014. Sairaanhoitopiirien alueellinen, ja yksityisen toimijan toimiyksikkökohtainen mittari.

Datalähteet ja tarvittavat tiedot (muuttujat)

Kohdeorganisaatioiden, eli sairaanhoitopiirien, yksityisen toimijan sekä sairaanhoitopiirin jäsenkuntien HILMO- ja avoHILMO-aineistot: Henkilötunniste, hoitajakson alkamispäivät, päättymispäivät sekä ICD-10 diagnoosit ja toimenpiteet mittausvuodelta sekä edeltävältä vuodelta. Potilaan ikä ja sukupuoli.

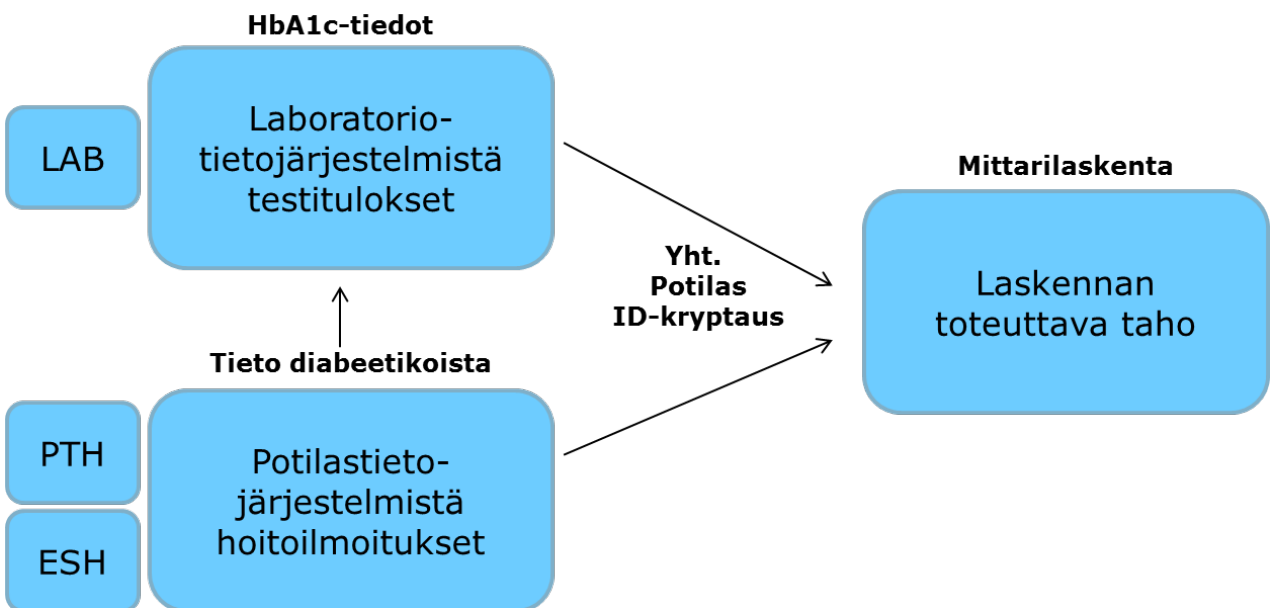
Sairaanhoitopiirien alueen laborioriekisterit: Viimeisimmän HbA1c-mittauksen tulos, lukuarvo. Henkilötunnus.

Menettelytapa

Mittarin toteuttamiseksi on tarpeen rajata diagnoositietojen perusteella tarkasteltavat potilaat (katso mittarikuvaus), ja tarkastella näiden potilaiden osalta laboratoriojärjestelmistä löytyviä verensokerin mittausten arvoja.

Yksinkertaisimmillaan yksittäinen palvelutuottaja (esh, pth, yksityinen, ym) voi mitata omien potilaidensa oiretasoja seuratakseen suoraan vastuullaan olevien potilaiden toipumista. Toisaalta tarpeen potilasjoukon määrittelemiseksi mahdollisimman pätevästi ja kattavasti voi olla tarpeen yhdistää tietoja eri potilastietojärjestelmistä ja eri tuottajatahojen osalta, esimerkiksi perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja mahdollisesti myös yksityisten toimijoiden osalta. Laboratoriotuottajat ovat myös usein hallinnollisesti eri toimijoita hoitoa koskevien palvelutuottajien kanssa. Tällöin päädytään yllä olevan kuvan mukaiseen tilanteeseen, jossa palvelutuottajat lähettävät toisilleen/yhdelle laskennan vastuutaholle tiedot rajausehdon täyttävistä potilaista ja tämän jälkeen heidän oirekyselyidensä tuloksista.

Kaikkien tahojen osalta, jotka tietoja yhdistävät, on tällöin käytettävä yhtenäistä potilastunnisteen salausta Salausmenetelmä ja -avain on oltava yhtenäiset ja etukäteen tietopointia toteuttavien tahojen kesken sovittu, jolloin yksittäinen henkilötunniste koodautuu samaksi potilastunnisteeksi.



Kuva L2.3. Tarvittavat tietovirrat priorisoitavan mittarin toteutukseen – diabetespotilaiden hoitotasapaino HbA1c-verensokerin mittauksella.